23.A.270

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
University of Ottawa

http://www.archive.org/details/cliniquechirurgi03pell

CLINIQUE CHIRURGICALE.

III.

CLINIQUE CHIRURGICALE,

OU

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE CLINIQUE,

ET SUR D'AUTRES OBJETS RELATIFS A L'ART DE GUÉRIR.

PAR PH. J. PELLETAN,

CHIRURGIEN CONSULTANT DE LL. MM. II. ET RR.,

Chevalier, Membre de la Légion d'honneur et de l'Institut de France, Chirurgien consultant du Lycée impérial et de l'Ecole impériale polytechnique, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Professeur de Clinique chirurgicale en la Faculté de Médecine de Paris, ci-devant Professeur et Secrétaire, pour la correspondance, du Collége et Académie royale de Chirurgie, Chirurgien en chef de l'Hospice de perfectionnement fondé dans ce Collége, et du même Hospice conservé dans la Faculté de Médecine, ainsi que des prisons de Paris, ancien Membre du Conseil de Santé des Armées et Hôpitaux militaires, et Chirurgien-major et consultant du 102e régiment de ligne, de l'armée de l'intérieur et de celle des Pyrénées orientales, Associé de l'Académie impériale de Turin, Associé honoraire de l'Académie Impériale-Joséphine de Vienne, de celle de Madrid, et autres Sociétés savantes, nationales et étrangères.

ὁ δὲ καιρὸς ὀξὺς, ἡ δὲ κρίσις χαλεπή. Hip. *Aph.* 1.

L'occasion est urgente, le jugement difficile.

TOME TROISIÈME.

PARIS,

J. G. DENTU, IMPRIMEUR-LIBRAIRE,

RUE DU PONT DE LODI, N° 3, PRÈS LE PONT-NEUF.

1810.

23
A
2"70

CLINIQUE

CHIRURGICALE.

PREMIER MÉMOIRE

SUR LES HERNIES ABDOMINALES.

Il n'existe pas de maladie plus fréquente que les hernies abdominales. Tous les âges de la vie y sont sujets. Nous apportons en naissant une disposition aux hernies; la vieillesse en fait naître des causes nouvelles et non moins fréquentes : les travaux pénibles et l'oisiveté; l'embonpoint et la maigreur; l'action de marcher ou d'aller à cheval; la nécessité de mouvoir ou de porter de pesans fardeaux; les chutes sur les pieds, sur les genoux ou sur les fesses; les violentes percussions du ventre; les toux vives ou les catarrales; les efforts pour uriner ou pour aller à la garde-robe, ceux de l'enfantement; les douleurs qu'occasionne la présence d'une pierre dans la vessie; les tumeurs de tous genres qui peuvent naître dans le ventre, et dont le volume tend, pour ainsi dire, à en chasser les autres viscères; l'action de sauter ou danser, l'usage des instrumens à vent, et nombre de métiers pour l'exercice desquels on est debout, à demi-assis ou

ployé en deux, ce sont là les causes nombreuses qui préparent ou déterminent la sortie d'une portion des viscères par les diverses ouvertures des parois du ventre, ou par les écartemens dont les fibres charnues ou aponévrotiques de ces parois sont susceptibles entre elles. Il faut y ajouter les plaies accidentelles ou faites par art, et qui pénètrent dans la capacité abdominale.

On ne sera pas étonné, d'après cet aperçu général des causes de hernies, que ce soit en effet la maladie la plus commune, et qui attaque l'espèce humaine dans tous les ordres de la société comme dans tous les âges.

Ce doit aussi être la maladie la mieux étudiée et la plus connue. En effet, nous ne manquons pas d'excellens traités sur les hernies; mais rien ne peut suppléer à l'expérience sur cet objet, tant les cas varient dans leurs détails et leurs complications; ils semblent toujours nouveaux aux praticiens qui voient le plus de hernies ou qui exercent journellement les opérations qu'exigent les accidens qui en font des maladies du danger le plus imminent.

On ne saurait donc trop multiplier les observations sur cette importante matière; encore doit-on s'attendre à ce que l'histoire des faits les plus rares et les plus intéressans ne serve qu'à donner aux jeunes chirurgiens plus d'aptitude à ne pas se laisser surprendre par des circonstances et des com-

plications qui n'auraient point encore été prévues

Peut-être personne n'a-t-il plus que moi opéré ou vu opérer des hernies; il en résulte que ma mémoire est surchargée, ou que mes cartons sont encombrés de notes et d'observations de tous genres sur cette matière.

On pense bien qu'il y a beaucoup de répétitions, de cas semblables ou parfaitement analogues; que beaucoup de ces cas sont vulgaires; que tous ne présentent pas un intérêt égal, et qu'enfin il faut que je me détermine à faire un choix dans une collection si nombreuse. Pour réussir à ce que ce choix soit le plus utile possible, je classerai mes observations suivant les diverses circonstances ou complications que les hernies peuvent présenter, et j'en ferai autant de sections de ce mémoire.

Ire SECTION.

Hernies considérées à l'extérieur, dans leur forme, leur volume et leur situation.

Les ouvrages élémentaires enseignent que les viscères flottans dans le ventre, et qui peuvent former hernie, s'échappent par les diverses ouvertures naturelles, telles que l'anneau du muscle grand oblique, l'arcade crurale, l'anneau ombilical, mais que toute autre région des parois du ventre peut laisser passer ces viscères par l'écar-

tement de ses fibres charnues ou aponévrotiques.

Le plus souvent cet écartement s'opère au-dessous ou au-dessus de l'anneau ombilical, ou le long de la ligne blanche, quelquefois même il s'y fait un écartement qui occupe toute la longueur de cette ligne entre l'appendice sternal et l'ombilic.

Les enfans apportent quelquefois cette disposition vicieuse en naissant, et elle peut durer autant que la vie, à moins que par le secours d'un bandage qui entoure la totalité du ventre, et qui tende à rapprocher les deux bords de l'écartement, on ne facilite ce rapprochement auquel la nature tend d'elle-même par le développement des organes. Souvent même ces écartemens se multiplient et se montrent aux diverses régions du ventre. J'en ai vu un occasionné par la grossesse.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Grand écartement de la ligne blanche par l'effet d'une grossesse.

Une femme, âgée de seize ans, délicate et de petite stature, avait un mari haut de cinq pieds sept pouces, et fortement constitué. Elle devint enceinte, et le volume de la grossesse parut considérable dès le cinquième mois; bientôt il fut tel, qu'on se persuadait que cette femme portait deux enfans. Cependant elle n'éprouva aucune incom-

modité extraordinaire, et accoucha naturellement, quoique par un très-long travail, à l'époque de neuf mois.

On ne s'était aperçu d'aucun écartement ni hernie pendant la grossesse; mais après l'accouchement il parut un si grand intervalle entre les deux muscles droits, depuis l'appendice sternal jusqu'à l'ombilic, qu'on pouvait aisément y loger six travers de doigt. La femme fut soignée comme de coutume, et elle continua l'application du bandage de corps beaucoup au-delà du terme ordinaire.

Cependant l'écartement subsistait sans rien perdre de sa largeur, quoique les viscères fissent peu de saillie, si ce n'était au voisinage de l'ombilic. Des consultans assemblés en grand nombre furent d'avis de faire fabriquer une large ceinture propre à soutenir le ventre généralement, et qui tendît au rapprochement des parties; ce qui fut exécuté avec assez de succès pour que la malade n'éprouvât plus d'incommodité notable; elle put même, au bout d'un an, reprendre ses travaux de danseuse, ne s'exerçant pas dans le genre qui exige les plus grands efforts. Elle avait reçu le conseil de ne plus faire d'enfant, et elle y a été fidèle.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Ecartemens et hernies multipliées à la circonférence du ventre, par suite de plusieurs accouchemens.

Une femme, âgée d'à peu près trente ans lorsque je l'ai connue, avait été mariée à quinze ans à un homme très-grand et de forte stature. Elle était elle-même d'une taille ordinaire, et bien constituée; elle eut des enfans presque sans interruption pendant les huit ou neuf premières années de son mariage, et accoucha toujours heureusement. Ses grossesses étant très-volumineuses, elle n'était pas surprise de voir son ventre se déformer; elle éprouva même, dès son troisième accouchement, des coliques qu'on attribua à quelques légères tumeurs herniaires qui se montraient aux environs de l'ombilic. Le développement de la grossesse faisait disparaître les tumeurs, ou au moins les accidens qu'elles occasionnaient; mais les hernies se multiplièrent dans des grossesses nouvelles, et cette femme s'en consolait par l'espérance d'être soulagée à mesure que ses grossesses se développeraient.

Après sept accouchemens, les hernies étaient extrêmement multipliées. Le ventre en était généralement bosselé; la femme éprouvait des coliques habituelles et souvent très-douloureuses, même accompagnées de vomissement. Alors elle se cou-

chait, comprimait son ventre en différens sens, et parvenait à se soulager. Un chirurgien de Versailles, où elle habitait, était appelé à son secours dans les cas difficiles, et était parvenu à rencontrer une manière de palper et masser le ventre qui opérait assez promptement l'affaissement des tumeurs, l'expulsion des vents par la bouche et l'anus, et enfin un soulagement total qui n'était pas d'une durée constante.

Tous les chirurgiens herniaires de Versailles et de Paris avaient été appelés à fabriquer des bandages propres à contenir le ventre; mais ils lui devenaient bientôt insupportables. Enfin cette femme, encore jeune et bien portante, en était réduite à garder le lit; et lorsque les accidens d'étranglement se manifestaient, elle avait recours au chirurgien dont l'expérience lui rendait les opérations si salutaires.

Obligée, par les circonstances de la révolution, de prendre domicile à Paris, cette femme, que j'avais souvent vue à Versailles, compta sur mes soins, et les requit en effet dès ses premières attaques. Je fus assez heureux pour réussir, sans autre méthode dans l'opération, qu'un tâtonnement relatif au soulagement qui devenait bientôt total quand une fois il s'était annoncé.

Cependant les accidens se multipliaient; mes secours devenaient moins efficaces; d'autres gens de l'art ne furent pas plus heureux, et cette femme

mourut dans les accès d'un cholera-morbus universel, environ deux ans après son arrivée à Paris.

Il est à remarquer que, de toutes les tumeurs dont son ventre était couvert, pas une n'offrait les signes d'un étranglement tel qu'on pût lui attribuer particulièrement les accidens, ni par conséquent proposer d'y faire aucune opération ; tout le ventre était également flatueux et tendu.

Il ne me fut pas permis de faire l'ouverture du cadavre. Je pense que nous n'en aurions pas tiré une grande instruction.

Hernie semblable à la précédente.

Ce fait me paraissait extrêmement rare, et chacun en pensait autant ; cependant, un an après la mort de cette femme, je fus appelé pour un cas parfaitement semblable. La malade était à l'extrémité au moment où je la vis ; elle mourut, dans la journée, des angoisses de la plus violente douleur. Il y avait déjà quatre jours que ce dernier accès existait sans qu'on eût pu procurer le moindre soulagement, même par le secours de l'opium.

L'infirmité de cette femme durait déjà depuis plusieurs années, et je ne ferais que répéter l'histoire de la première en disant ce qui m'a été raconté à ce sujet. La seule différence était que cette femme pauvre n'avait ni consulté ni fait des essais de bandages qui aient pu la soulager autant que la

première l'a été pendant plusieurs années. Il ne lui était pas non plus possible de garder le lit hors le temps des accès.

TROISIÈME OBSERVATION.

Tumeur sur-ombilicale contenant tous les intestins, et un tiers de l'estomac, avec étranglement.

Une femme d'environ cinquante ans, ayant eu huit ou dix enfans, portait une hernie sortie au-dessus de l'anneau ombilical par un écartement dont on sentait parfaitement le contour enveloppant le pédicule de la hernie. Ce pédicule avait le volume de la réunion des cinq doigts de la main, et la tumeur était grosse comme la tête. Un pareil volume et la forme aplatie du reste du ventre annonçaient assez que la hernie renfermait la totalité des viscères flottans. La malade portait sa tumeur suspendue par une serviette fixée derrière son cou; et quand elle s'asseyait, elle la posait sur un tabouret qu'elle plaçait entre ses cuisses, et dont elle se chargeait habituellement pour cet usage.

Cette énorme tumeur ne causait pas d'autre incommodité; elle s'était accrue graduellement, et avait enfin obligé la malade à renoncer à porter des fardeaux, comme elle le faisait par état.

Les choses en étaient là, et j'avais souvent visité cette femme par pure curiosité, lorsque je fus demandé pour la soulager de douleurs vives ac-

compagnées de hoquet et de vomissemens qui duraient depuis deux jours. Je fus d'avis qu'apparemment une portion de l'estomac s'était engagée dans l'anneau, et je m'appuyais sur ce que le toucher n'était douloureux qu'au pédicule de la tumeur, et qu'on pouvait presser son volume total impunément comme auparavant. J'en concluais qu'il fallait faire l'opération, qui consisterait à n'inciser la peau que vis-à-vis le pédicule de la tumeur, afin de parvenir à agrandir l'anneau, et faire cesser l'étranglement.

Mon avis ne fut pas goûté par les consultans. Ils ne voyaient que l'ensemble de la tumeur; l'énorme embarras où l'on serait en découvrant les viscères situés hors du ventre; les adhérences des circonvolutions intestinales entre elles, avec l'épiploon qui devait être d'un gros volume, et avec le sac herniaire; enfin peut-être la gangrène de ces parties déjà commencée. J'eus beau représenter que nous ne verrions rien de tout cela, que nous n'irions pas au-delà du pédicule, qu'il ne s'agissait que de lever un étranglement, et non de réduire la hernie; et qu'enfin il ne pouvait pas arriver pire que la mort qui était inévitable sans l'opération; je ne persuadai personne, et la malade mourut pendant que nous opinions.

Nous fîmes l'ouverture du cadavre, et je commençai par l'opération que j'avais proposée : la peau fut incisée au-dessus de la tumeur. J'arrivai

difficilement au péritoine à cause de l'embonpoint; je voulais cependant l'ouvrir avant que d'agrandir l'anneau, l'intégrité du sac étant susceptible d'entretenir l'étranglement. Le péritoine ouvert, je portai un bistouri boutonné, et j'agrandis l'anneau à volonté.

La tumeur et le ventre furent ensuite ouverts en entier. Nous trouvâmes en effet le sac herniaire mince et adhérent de toutes parts par des filamens membraneux; l'épiploon répandu en largeur et adhérent tant au sac qu'aux intestins; les intestins pour la plupart adhérens entre eux; la tumeur contenait l'arc et l'*s* du côlon jusqu'au voisinage du rectum; les intestins grêles en totalité, excepté le milieu du duodenum, qui était resté en place; mais sa portion continue au pylore avait entraîné dans la hernie le tiers de la longueur de l'estomac. L'inflammation de ce viscère était très-considérable, et ne se portait pas au-delà. L'intestin cœcum et le commencement du côlon étaient approchés de l'ouverture, et n'y étaient point engagés. Le reste des viscères était dans l'état naturel.

Il fut évident que l'opération que j'avais proposée aurait été salutaire; mais il aurait fallu la pratiquer presque aussitôt l'apparition des symptômes d'étranglement. D'ailleurs il est plus que probable que cette femme aurait subi plus tôt ou plus tard le sort qu'elle a éprouvé; et il est difficile de concevoir comment on peut vivre avec une pareille her-

nie, sur-tout n'ayant eu d'accident que lorsqu'une portion de l'estomac est venue se joindre à la tumeur ancienne (1).

QUATRIÈME OBSERVATION.

Hernie ombilicale d'un double volume, traitée par opération.

Une femme, âgée d'environ quarante ans, d'une forte stature et assez en embonpoint, avait eu six grossesses conduites à bien. Il lui en était survenu une hernie ombilicale d'abord peu volumineuse, mais dont la grosseur avait augmentée à chaque accouchement; et l'embonpoint que cette femme acquérait journellement depuis qu'elle ne faisait plus d'enfant, ajoutait encore au volume de sa hernie qui descendait assez bas pour couvrir l'éminence de la région du pubis. Cette tumeur avait dans son milieu un rétrécissement, ou espèce de collet, qui était sur-tout bien évident quand la portion intestinale de la hernie était réduite. Il semblait que l'épiploon formait la partie la plus alongée de la tumeur qui n'avait jamais été contenue par aucune espèce de bandage.

---

(1) J'avais fait dessiner la grosse tumeur pendant la vie du sujet; j'aurais bien désiré faire dessiner également ou peindre l'intérieur; mais la difficulté en était extrême, et j'ai été contraint d'y renoncer. Le tableau que je donnerais du premier dessin n'ajouterait rien à l'intelligence du fait que je viens de raconter.

Cette femme, fatiguée du volume de sa hernie, et ayant contracté un nouveau mariage, me consulta sur le moyen de la soulager. L'examen de la hernie me suggéra l'idée d'en supprimer la moitié inférieure, et je crus que la ligature serait l'opération la plus simple pour y parvenir.

La malade étant couchée sur le dos, je fis la réduction de la portion d'intestin qui concourait à la hernie ; et, quand je fus bien assuré qu'il n'en répondait plus au pédicule de la tumeur, j'y fis une forte ligature avec un triple fil ciré.

Cette ligature en elle-même fut peu douloureuse ; mais, dès le lendemain de l'opération, la malade éprouva le hoquet, et des vomissemens accompagnés de douleur et de fièvre. Je conçus alors que ces accidens dépendaient de la ligature de l'épiploon dont je dirai, par la suite, qu'il est si dangereux de faire la ligature en masse. Pour cette fois j'avais pensé que le rétrécissement de cette masse graisseuse dans le collet de la tumeur permettrait d'en faire la ligature sans inconvéniens: au moins il ne me fut pas difficile d'y remédier.

Je coupai la ligature qui entourait la peau à laquelle je pratiquai une incision longitudinale qui mit à nue la portion de l'épiploon correspondante : alors je repassai un fil autour de la peau, laissant l'épiploon au-devant de ce fil, et je serrai fortement cette nouvelle ligature, en abandonnant l'épiploon.

Les accidens disparurent, la peau se fana, tomba en pourriture, et se sépara dans toute l'étendue située au-dessous du fil.

Cependant, chaque jour, je coupais un peu du cordon épiploïque qui était sous mes yeux ; et aussitôt qu'il paraissait un peu de sang, j'appliquais un brin de charpie. Je parvins par ce moyen à retrancher complétement la masse épiploïque, dont la chute se fit en même temps que celle de la portion de peau supprimée.

Il resta un ulcère d'un pouce environ de diamètre, dans lequel l'épiploon était confondu avec la plaie des tégumens. La suppuration de bonne nature ne tarda pas à amener une cicatrice solide.

La portion restante de la hernie avait à peu près le volume du poing lorsque les intestins y étaient contenus, mais perdait les deux tiers de son volume par leur réduction. La femme put facilement faire usage d'une plaque contenue par une ceinture, et fut débarrassée d'une infirmité très-désagréable, et dont les progrès pouvaient n'avoir pas de bornes. Je suis persuadé qu'elle courait la chance d'avoir une hernie aussi volumineuse que la femme de l'observation précédente.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Hernie inguinale d'un volume excessif, impossible à contenir par un bandage dont le malade ne pouvait cependant pas se passer.

Un religieux barnabite, d'une grande maigreur, et qui n'avait jamais eu plus d'embonpoint, était porteur d'une hernie inguinale depuis sa première enfance; il est même probable qu'elle était congénitale.

Cette hernie avait acquis un gros volume avant que le malade ne se fût avisé de porter un bandage; il le fit même par la suite avec une telle négligence, que la hernie sortait malgré le bandage qu'il laissait appliqué sur les parties non réduites.

Cet homme avait soixante ans quand je fus à portée de le voir et de lui donner des conseils. Son infirmité lui était devenue insupportable. Il était souvent réduit à rester couché, non à cause d'accidens d'étranglement qu'il n'avait jamais éprouvés, mais à raison de l'extrême anxiété et des coliques habituelles que sa hernie lui occasionnait.

J'essayai tous les moyens propres à la contenir, mais elle regorgeait, pour ainsi dire, par-dessus et autour des suspensoirs les mieux construits; à plus forte raison cette hernie glissait-elle derrière la pelote la plus large d'un brayer.

Dans ce cas, le malade n'avait d'autre ressource que de serrer son bandage sur la hernie non réduite : alors il pouvait exister en repos pendant un certain temps ; il vaquait même à ses occupations journalières, jusqu'à ce que la compression du tube intestinal lui devînt insupportable : il se mettait au lit; et quand le soulagement était déterminé, il remettait son bandage sur la hernie sortie, et remplissant presque le scrotum. Malgré cet état d'anxiété habituelle et sa grande maigreur, cet homme jouissait d'une très-bonne santé. Il a vécu jusqu'à soixante-dix ans, et est mort de vieillesse et de marasme.

L'observation démontre que les viscères accoutumés à former les hernies se pelotonnent pour ainsi dire, et s'entassent sous une forme correspondante au trajet qu'ils parcourent en sortant, ce qui rend en général très-difficile leur rétention dans la cavité abdominale, et exige des bandages d'une grande solidité, et fabriqués avec beaucoup d'art. Souvent même il est plus sage de ne pas réduire ces hernies, et de se contenter de les suspendre, quand la chose est possible.

Il a peut-être été très-heureux, pour le malade dont je viens de raconter l'histoire, qu'on ait été dans l'impossibilité de maintenir sa hernie dans le ventre. On sait à quels accidens sont exposés les sujets auxquels ont réduit des hernies volumineuses, et que le ventre a perdu l'habitude de

contenir. L'exemple suivant donnera la preuve de cette vérité, déjà si connue de tous les gens de l'art.

SIXIÈME OBSERVATION.

Hernie volumineuse habituellement sortie, et dont la réduction a été funeste.

Un homme, âgé d'environ soixante ans, ayant de l'embonpoint, et le ventre assez volumineux, me consulta pour une hernie qu'il portait depuis vingt ans sans jamais avoir fait usage d'un brayer. Il n'avait point éprouvé les accidens de l'étranglement, mais sa tumeur avait pris, depuis un certain temps, une forme globuleuse, et une consistance qui lui ôtait la faculté de la réduire comme il l'avait fait jusqu'alors : cette tumeur était pesante, et aurait pu simuler le testicule squirreux, si celui-ci n'avait été reconnu sain au bas du scrotum, et si la hernie n'avait eu un pédicule assez gros engagé dans l'anneau.

Mon premier soin fut d'essayer si la tumeur diminuerait au moins de volume, et perdrait une partie de sa consistance par l'opération du taxis. J'y procédai donc, le malade étant dans son lit, où je lui avais prescrit de rester jusqu'à mon arrivée : la tumeur céda en effet par la rentrée d'une partie de l'air et des matières contenues dans la portion intestinale ; l'anneau étant excessive-

ment dilaté, je ne me refusai pas à l'idée de faire rentrer les parties elles-mêmes. Je les croyais tout au plus adhérentes entre elles, ou je me persuadais que l'épiploon, formant seul la portion solide de la tumeur, ne pourrait pas être réduit, mais ne serait pas un obstacle à l'application d'un brayer.

Il en arriva tout autrement : dans une tentative de réduction sur laquelle j'insistai, la masse entière fut reportée dans l'abdomen, et le malade éprouva un soulagement si grand, qu'il se félicita beaucoup de ce succès.

Je ne fus point du même avis ; je me représentais une tumeur squirreuse portée dans le ventre, pouvant comprimer le tube intestinal, au moins dans la portion qui, ayant fait partie de la hernie, pouvait être identifié avec la tumeur solide. J'engageai le malade à se lever, à faire quelques efforts capables d'expulser la hernie, mais cela fut en vain ; à peine les parties venaient-elles frapper contre l'anneau auquel j'appliquai la main. Il était donc évident que la tumeur squirreuse retenait la hernie intestinale, et qu'il aurait fallu, pour la faire sortir, un effort plus grand que celui par lequel je l'avais réduite.

Il était même à craindre qu'une portion d'intestin se présentât entre l'anneau et la tumeur, et que sa réduction ne devînt impossible par la même cause qui, dans ce moment, empêchait son

issue, et je dus me décider à appliquer un brayer pour éviter ce dernier inconvénient (1).

Le malade jouit assez long-temps du succès de notre opération, à cela près de quelques constipations et coliques auxquelles il était accoutumé, et même elles étaient moins fréquentes que quand la hernie était hors du ventre.

Ce fut au bout d'un an qu'on commença à s'apercevoir de divers engorgemens dans la capacité abdominale; le malade s'amaigrit; il était habituellement constipé, ou avait des évacuations alvines si abondantes, qu'il en était affaibli. Les pieds s'enflèrent, et les urines devinrent rares. La médecine interne lui prodigua les soins les plus rationnels, mais ce fut en vain; l'eau continua à s'épancher dans la capacité abdominale, après avoir infiltré les extrémités inférieures; le foie s'engorgea, et la couleur jaune se manifesta à toute la surface du corps comme dans les urines; enfin, le malade succomba, après six mois de progrès non interrompus de sa maladie.

Sans doute il n'est pas démontré que tous les accidens que je viens de détailler, et l'événement funeste qu'ils ont eu, aient été la suite immédiate

---

(1) On trouvera, dans la suite de ce mémoire, des exemples de tumeurs squirreuses, épiploïques, ou autres qui accompagnent des hernies, et influent sur les accidens qui les compliquent.

ou nécessaire de la réduction d'une hernie sortie depuis vingt ans, et accompagnée d'un engorgement squirreux. Tous ces faits ont pu avoir lieu, et le malade avoir recélé en lui une cause ancienne ou nouvelle d'engorgement des viscères, et de l'hydropisie qui en résulte si communément : mais il faut convenir qu'il est très-probable, qu'au moins il est possible que la tumeur, remise dans le ventre, y ait pris de l'accroissement, qu'elle ait gêné la circulation dans le système veineux du ventre, et ait préparé, déterminé, ou accéléré le développement d'une maladie plus tôt ou plus tard inévitable.

Il restera toujours constant qu'il faut se mettre en garde contre la réduction subite et en masse d'une tumeur herniaire ancienne, pesante, de forme globuleuse, et dont la réduction a cessé depuis long-temps d'obéir aux tentatives d'un malade accoutumé à l'obtenir par une pression dont il apprécie mieux les effets que le chirurgien le plus expérimenté ne peut le faire.

L'observation suivante fera connaître une exception à ce principe général, ou plutôt fera apprécier les cas où il n'est pas applicable.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Hernie inguinale, antéro-épiploïque, réduite malgré son ancienneté; les accidens de l'étranglement, et la présence d'une masse épiploïque fort dure.

Pierre Campain, âgé de quarante ans, chapelier, portait, depuis cinq ans, une hernie inguinale du côté gauche, qui sortait et rentrait facilement, et contre laquelle il n'employait pas de bandage. La hernie sortit le 8 mai 1810; le malade ne se présenta à l'Hôtel-Dieu que le 15, ayant eu la veille des vomissemens bilieux abondans qu'il avait attribués à une indigestion. A son arrivée, il avait des hoquets, vomissemens et coliques, et le ventre était douloureux : la constipation avait lieu depuis plusieurs jours. Je fis quelques tentatives de réduction dans lesquelles je distinguai fort bien une portion de tumeur dure et une plus flexible : celle-ci même rentra aisément, ce qui m'engagea à temporiser, étant bien persuadé qu'il ne restait en dehors que la portion épiploïque de la tumeur. Ma conduite fut critiquée, mais je m'y tins, et prescrivis au malade des lavemens purgatifs et la boisson de petit lait : on fit aussi une fomentation sur le ventre. Dès le lendemain il y eut une évacuation abondante : je prescrivis un purgatif, et elles furent bientôt complètes : tous les accidens étaient disparus immédiatement après la réduction partielle. La portion

épiploïque dure et du volume d'une grosse noix restait au-dehors, et on la sentait se continuant dans le ventre. Je me décidai, le dixième jour, à appliquer un bandage à pelotte concave : alors la tumeur diminua par degrés ; et, le sixième jour de l'application du bandage, je fus contraint d'y en substituer un ordinaire, la tumeur restée à l'anneau étant rentrée dans le ventre par l'effet de la compression permanente que le bandage opérait.

HUITIÈME OBSERVATION.

Hernie accompagnée d'hydrocèle.

Jacques Floquet se présenta à l'Hôtel-Dieu dans le courant du mois d'août 1809, ayant une tumeur étendue depuis l'anneau jusqu'au bas du scrotum, du côté droit; le testicule sain répondait au bas de cette tumeur. Son origine dans l'anneau en présentait comme une portion distincte du reste par sa dureté, mais cependant continue à la tumeur totale.

Le malade témoignait porter une hernie depuis très-long-temps, sans avoir jamais usé d'un brayer; que dans le principe il la réduisait aisément, mais que, depuis un an ou deux, elle s'était accrue graduellement, et était restée irréductible. Il s'était présenté à l'Hôtel-Dieu, pour quelques coliques et vomissemens qu'il disait avoir eus la veille,

et feignait éprouver une grande douleur quand on touchait sa tumeur. Le chirurgien de garde et d'autres jeunes gens croyaient à cette sensibilité, et avaient donné au malade des soins provisoires relatifs à l'idée d'une hernie étranglée.

A mon arrivée, j'interrogeai le malade qui n'avait pas vomi de la journée, ni eu de hoquet : j'appuyai par degrés sur le ventre, et parvins à le presser fortement sans causer de douleur. Quand je voulus saisir la tumeur, le malade témoigna une sensibilité si grande, que je soupçonnai qu'il m'en imposait : en effet, l'ayant engagé par degrés à se laisser toucher, je réussis à presser la tumeur, et à me convaincre qu'elle contenait un fluide aqueux. J'avais commencé à le soupçonner sur la forme régulière et lisse de la tumeur, sauf la petite portion dure et inégale qui répondait à l'anneau. Il se pouvait en effet qu'il y eût une hernie jointe à une hydrocèle.

Cette hydrocèle ne pouvait pas avoir son siége dans la tunique vaginale du testicule, puisque, comme nous l'avons dit, cet organe occupait la partie la plus inférieure du scrotum, où il était isolé et dans l'état sain. En admettant que c'était une hydrocèle enkistée de la tunique vaginale du cordon, il restait à expliquer la nature de la tumeur dure qui avoisinait l'anneau, et où il avait sûrement autrefois existé une hernie.

Mon opinion se forma sur toutes ces données,

et je prononçai que nous avions affaire à une ancienne hernie, dont l'intestin restait dans le ventre, dont l'épiploon avait contracté adhérence avec le contour du sac, vis-à-vis l'anneau, et dont le sac était devenu le siége d'une hydrocèle qui s'était développée graduellement, et offrait depuis deux ans le caractère d'une hernie impossible à réduire.

L'on juge bien que les jeunes gens, encore plus enclins à critiquer qu'ils ne sont zélés pour leur instruction, trouvèrent mon avis bien hasardé, ou plutôt n'y eurent point de confiance (1).

Comme il n'y avait rien à craindre de l'expec-

---

(1) Ce n'est pas une petite besogne que d'avoir à instruire des jeunes gens assez peu avancés dans l'art pour se croire déjà très-habiles. La première idée que l'amour propre leur suggère, c'est que le maître se trompe; et lorsque le premier d'entre eux désapprouve tout bas, et en ajoutant un sourire d'indulgence à sa critique, il faut que le maître ait bien raison pour agir conformément à son opinion.

Il n'y a qu'une manière d'en imposer à ces demi-savans, c'est de ne jamais paraître douter devant eux, de ne les provoquer jamais à donner leur opinion, de les traiter avec dureté quand ils osent le hasarder... Je connais des gens qui se sont fait une réputation gigantesque en usant de cette seule tactique... j'en sais qui réussiront de même.

Malheur à l'homme de bonne foi qui sait douter, qui le dit franchement, et examine de nouveau un objet sur lequel un ignorant n'a souvent fait qu'une mauvaise objection !

Je donne cet avis à ceux qui me suivront dans la carrière

tation, je consentis à un traitement général qui consista dans la diète, l'usage des lavemens et d'une boisson délayante. Le malade alla, le même jour, à la garde-robe; le lendemain il fit spontanément une selle copieuse, et la faim le tourmentait. Cependant j'insistai sur la diète, uniquement pour le forcer de convenir qu'il n'était pas malade, et qu'il avait voulu m'en imposer; peut-être aussi avait-il conçu de l'inquiétude d'après les propos des gens qui nous entouraient.

Quoi qu'il en soit, je mis fin à cette scène scandaleuse en opérant l'hydrocèle. J'en fis l'ouverture avec les précautions que j'aurais apportées à l'opération d'une hernie (1), et il sortit une quantité d'eau proportionnée au volume de la tumeur. Le doigt porté dans le sac, je sentis et fis toucher le bouchon que l'épiploon formait à l'anneau. La poche fut remplie de bandelettes de linge que je supprimai dès le prochain pansement. La suppuration s'est établie, et le malade a guéri dans l'espace d'un mois.

épineuse de l'exercice de notre art, et de l'enseignement pratique : pour moi, hélas! je suis incorrigible.

(1) Je le répète, il faut savoir douter; dans ce cas-ci, il n'y avait pas d'inconvénient à agir avec précaution, quoiqu'il fût extrêmement probable que mon premier jugement allait se confirmer.

Trois mois après sa guérison, cet homme s'est représenté à l'hôpital, parce que sa plaie était r'ouverte et le scrotum infiltré. Je reconnus, en effet, que la guérison interne n'était pas absolue; peut-être l'épiploon entretenait-il cette plaie fistuleuse.

Quand les accidens d'infiltration furent dissipés, j'établis, par le moyen de la charpie, une compression de toute l'étendue du scrotum vers l'anneau, et j'obtins assez promptement une adhérence absolue, et la cicatrice des parties entre elles.

Il reste une petite tumeur dure à l'anneau, et nul autre caractère de hernie.

Equivoque sur le siége véritable d'une hernie.

Il existe souvent de l'équivoque sur le siége véritable d'une hernie, et cependant il est important de le connaître, soit pour diriger convenablement les tentatives de réduction, soit même que l'on doive recourir à l'opération pour remédier aux symptômes de l'étranglement de la hernie.

Ces équivoques existent souvent entre les hernies inguinales et les crurales. On sait que les premières sont aussi fréquentes chez les hommes que les autres le sont chez les femmes, et que leur rareté réciproque est en même proportion;

ce qui contribue encore à préparer l'illusion.

Chez les hommes, une hernie crurale peut acquérir un assez gros volume, remonter, pour ainsi dire, par-devant l'arcade crurale, et aller se placer vis-à-vis l'anneau du muscle grand oblique; elle présente alors une forme arrondie, et simule très-bien une hernie inguinale qui se serait développée par degrés, ne contiendrait que l'intestin, et n'arriverait pas encore au scrotum.

Le défaut de succès de la réduction d'une pareille hernie, dont les tentatives sont dirigées de bas en haut et dans l'obliquité de l'anneau, détruit seul l'illusion. On ne réussit, en effet, à la réduire qu'en la portant d'abord de haut en bas, puis en la pressant perpendiculairement au pli de l'aine.

J'ai opéré de ces hernies dont j'étais persuadé qu'elles avaient leur issue par l'anneau, et n'ai reconnu mon erreur qu'après avoir ouvert le sac, et essayé à introduire le bistouri dans l'anneau pour en opérer le débridement; alors seulement je m'apercevais que l'anneau n'était pas même agrandi; et, en soulevant la tumeur intestinale, j'étais conduit vis-à-vis l'arcade crurale.

Une pareille erreur n'a jamais préjudicié au malade, et il est facile de diriger sur l'arcade l'incision qu'on destinait à l'anneau.

Chez les femmes, l'erreur a lieu en sens inverse, c'est-à-dire, que l'on peut prendre pour hernie crurale celle dont les parties ont leur issue par l'anneau du muscle grand oblique. Cette hernie par l'anneau étant très-rare chez les femmes, on est moins en garde contre l'illusion. La tumeur qui descend de l'anneau se propage jusqu'à l'arcade crurale, et, couvrant cette arcade, peut facilement être prise pour hernie qui, sortie par-dessous l'arcade, serait remontée, comme il arrive souvent, au-devant de cette même corde tendineuse. Un examen scrupuleux de la tumeur empêche l'erreur, et conduit à diriger l'opération du taxis dans ce sens indiqué par l'ouverture qui a donné passage aux parties.

Je ferai cependant observer qu'une hernie qui, chez la femme, descend de l'anneau du muscle grand oblique, suit la direction du ligament rond de la matrice, et va prononcer dans l'épaisseur de la grande lèvre où ce ligament se termine, comme la hernie par l'anneau, dans l'homme, suit le cordon des vaisseaux spermatiques, et tombe dans le scrotum. La hernie crurale, au contraire, reste au-dessous, ou monte au-devant de l'arcade, mais ne se dirige ni vers la grande lèvre, ni vers le scrotum.

Ce que je viens de dire sur le rapport d'une hernie avec l'ouverture qui lui a donné passage, ou avec toute autre ouverture, est le résultat

de plusieurs observations qu'il m'est impossible de rapporter ici individuellement : on conçoit que leur récit deviendrait insignifiant, puisque je ne pourrais que répéter ce que j'avance en thèse générale.

J'en peux dire autant sur le siége variable des hernies dans toute l'étendue des parois antérieures du ventre. Tous les livres parlent de hernies sorties par l'écartement des fibres aponévrotiques, le long de la ligne blanche, ou dans l'espace qui s'étend jusqu'aux portions charnues; par l'écartement des fibres charnues elles-mêmes sur les parties latérales du ventre, mais sur-tout inférieurement et au voisinage des anneaux. On a vu plus haut qu'après des accouchemens multipliés, il s'était fait un si grand nombre de hernies, que le ventre en était généralement bosselé, et qu'on ne savait auxquelles s'adresser pour opérer un toucher propre à remédier aux coliques ou autres symptômes d'étranglement qui tourmentaient habituellement les malades.

Tous ces cas sont fréquens, et on ne saurait trop recommander aux jeunes praticiens d'explorer avec une grande exactitude toute la surface du ventre lorsqu'ils ont à soigner des symptômes équivoques d'étranglement, ou des symptômes dont un coup-d'œil général ne ferait pas reconnaître la cause dans une hernie ordinaire. Souvent une hernie ventrale soulève à peine les parois du ventre, et

n'occupe même qu'une portion de leur épaisseur. Dans tous les cas on reconnaît la hernie tant par son volume que par sa réduction plus ou moins facile, et en touchant l'ouverture ronde qui lui donne passage ; si même elle est rentrée, l'ouverture qu'elle a laissé libre reçoit aisément l'extrémité du doigt, et avertit du besoin d'appliquer un bandage à cet endroit.

Il n'est pas nécessaire qu'une hernie soit actuellement sortie pour que l'on juge que l'individu est porteur d'une hernie ; souvent même les plus grands efforts n'en provoqueraient pas l'issue dans le moment où on aurait à prononcer sur son existence ; mais il suffit alors que l'ouverture existe suffisamment dilatée pour qu'il soit possible qu'une portion de viscère s'y engage.

Ce que je dis ici est particulièrement applicable aux cas où des charlatans ont promis de guérir radicalement des hernies sur le lieu desquelles ils font diverses applications astringentes ou autres. Ces topiques sont assidument contenus par un brayer qui seul empêcherait l'issue des parties. Le traitement est continué pendant six mois ou un an ; car il ne faut pas moins de temps pour laisser l'apparence de la guérison, ni pour satisfaire la cupidité du guérisseur. Après cette époque, les gens de l'art sont consultés sur la question insidieuse de savoir si le sujet porte actuellement une hernie : l'examen superficiel ferait prononcer qu'il n'y en

existe pas; mais si on touche attentivement le lieu où la hernie existait, on retrouve la dilatation de l'ouverture, et les viscères viennent frapper plus ou moins évidemment sur la main appliquée à cet endroit. Le remède astringent a bien pu resserrer le tissu de la peau, mais il n'étend jamais son effet jusqu'aux parties intérieures, non plus que jusqu'au contour de l'ouverture qui donnait passage aux viscères. Le bandage constamment appliqué, en empêchant leur issue, leur a permis de perdre la disposition ou la forme qui était favorable à cette issue, et de là résulte l'apparence de la guérison; mais cette apparence ne doit pas durer long-temps. Un effort imprévu engagera de nouveau les parties dans l'ouverture, ou la pesanteur des viscères opérera graduellement leur acheminement à travers ce passage resté libre.

C'est ainsi que des jeunes sujets qui ont paru guérir radicalement par l'usage constant d'un brayer bien fait et bien solide, ne jouissent de leur guérison que pendant un temps plus ou moins long, suivant qu'ils sont exposés aux causes générales des hernies; lesquelles causes trouvent toujours chez eux une disposition presque irréparable à la hernie qu'ils avaient eue dans le jeune âge.

Ces observations sont encore applicables aux cas où on doit prononcer sur l'admission ou la réforme d'un militaire que l'on soupçonne avoir une hernie. Il ne suffit pas qu'il ne se montre pas actuel-

lement de hernie pour que l'on prononce négativement, il faut encore qu'il n'existe à aucun point de la circonférence du ventre aucune dilatation contre nature, et susceptible de donner passage aux viscères graduellement, ou à l'occasion d'un effort de quelque nature qu'il soit.

Tout ce que je viens d'énoncer n'offre sans doute que des lieux communs. Tout le monde en a dit autant; tout le monde l'a écrit; mais je suis entraîné à le dire moi-même par la foule d'observations de ce genre que j'ai actuellement sous les yeux, et dont la thèse générale me dispense de faire une fastidieuse narration.

Il n'en est pas de même de l'espèce de hernie dont je vais faire mention; j'ai peut-être le premier aperçu son existence il y a plus de trente ans; mais la connaissance en est devenue vulgaire depuis cette époque. Chargé de l'instruction publique ou particulière depuis de longues années, j'ai toujours répandu mes connaissances sans aucune restriction, ni sans jamais chercher à conserver la priorité de découvertes plus ou moins intéressantes que le hasard a pu me procurer, comme il en procure à toutes les personnes studieuses et attentives. Cependant je dois donner connaissance des faits relatifs à ces découvertes en tant qu'ils peuvent concourir aux progrès de l'art et à la propagation de la science.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Hernies graisseuses.

Dans le courant du mois de novembre 1780, on apporta dans mon amphithéâtre d'anatomie le cadavre d'un homme qui avait plus de six pieds de haut, et un fort embonpoint. Il avait deux tumeurs qui s'étendaient depuis les anneaux des muscles grands obliques jusque dans le scrotum. Leur forme était alongée et cylindrique; leur volume celui de quatre doigts réunis. Leur mollesse et l'inégalité de leurs surfaces me les firent regarder comme des hernies épiploïques. La facilité avec laquelle on les réduisait me confirmait dans cette opinion; je les laissai au-dehors pour en faire une étude plus soignée par la dissection des parties.

Je pratiquai sur l'une d'elles une incision à la peau, comme pour l'opération de la hernie, et découvris un sac membraneux légèrement adhérent au scrotum et au contour de l'anneau. Le sac ouvert, j'y trouvai une masse du volume de la tumeur totale, inégale, dont plusieurs parties avaient la forme de crêtes de coq, et qu'on pouvait comparer aux appendices graisseuses du côlon chargées de beaucoup d'embonpoint. Cette masse était en effet, comme ces appendices, enveloppée du péritoine lisse et poli, et mouillée de l'humeur aqueuse qui suinte de cette membrane. Le sac était complète-

ment rempli de la tumeur, de même que la tunique vaginale est remplie par le testicule qui fait bosse dans cette poche membraneuse en s'enveloppant de sa partie postérieure.

La réduction de cette masse que je regardais encore comme épiploïque, se fit très-aisément; mais je fus surpris de voir que la partie antérieure du sac suivait la rentrée de la tumeur dans le ventre. L'un et l'autre furent ramenés au-dehors avec une égale facilité.

J'indisai alors les parois du ventre pour examiner ces tumeurs par l'intérieur; et la première chose qui me frappa fut l'épiploon occupant la région supérieure du ventre, et n'ayant aucun rapport avec les tumeurs herniaires. Il était possible cependant qu'elles eussent été séparées du corps de l'épiploon par quelque violence particulière; mais je fus convaincu qu'il n'en était rien par la connaissance positive de la nature et de l'origine de ces tumeurs.

C'étaient des masses de tissu cellulaire adipeux placées derrière le péritoine, entre cette membrane et la région postérieure de la vessie qui en est couverte. Ce tissu cellulaire, chargé d'embonpoint, se continuait vers les anneaux, s'y était engagé ou en vertu de quelque effort, ou par la pression continuelle de leur masse sur ces ouvertures. Il est évident que ce tissu cellulaire graisseux avait dû entraîner avec lui le péritoine dont il était cou-

vert; mais le tout, en passant par l'anneau, avait dû également entraîner la portion du péritoine qui ferme cette ouverture. Il en était résulté un sac dans lequel la tumeur graisseuse faisait bosse d'arrière en avant; et le sac communiquant librement dans la cavité abdominale, les intestins et autres viscères flottans pouvaient y tomber et former hernie. Mais j'observai que très-probablement ce sac n'avait jamais renfermé de hernie; aucune partie du tube intestinal ne paraissait disposée à s'y introduire, et l'épiploon ne descendait pas au-dessous de l'ombilic, malgré qu'il eût beaucoup d'embonpoint.

De son côté, le sac était parfaitement lisse, égal dans toute sa longueur, moulé sur la masse graisseuse qui faisait bosse dans son intérieur. Le tout remplissant exactement l'ouverture de l'anneau du muscle grand oblique, il était probable qu'aucune partie n'y était encore tombée pour constituer une hernie ordinaire.

Si la description de ces tumeurs graisseuses a été bien faite, on doit comparer leur sortie et l'entraînement du péritoine fermant l'anneau, à ce qui arrive aux testicules qui, situés avant la naissance dans le tissu cellulaire du péritoine qui avoisine les reins, et recouverts du péritoine qui leur donne une tunique extérieure, descendent en se dirigeant vers les anneaux, traversent ces ouvertures en entraînant le péritoine qui les oblitère, et forment,

par ce moyen, le prolongement de cette membrane appelée improprement tunique vaginale du testicule. D'où il résulte que ces organes font bosse dans la tunique vaginale, mais sont effectivement situés hors d'elle et dans son tissu cellulaire postérieur.

On sait aussi que cette tunique vaginale communique librement dans le ventre jusqu'à ce que la nature en ait opéré l'adhérence et la clôture vis-à-vis l'anneau; enfin, au défaut de cette clôture, l'enfant est exposé à la hernie congénitale.

Au lieu du testicule descendant du voisinage du rein, dites une masse graisseuse continue au tissu cellulaire qui joint le péritoine à la vessie urinaire, et vous aurez le mécanisme parfaitement semblable du passage de ces parties par l'anneau, et de la formation du sac du péritoine qu'elles ont entraîné.

Ce genre de hernie était si peu connu alors, que lorsque je fis part de ce fait à l'Académie royale de chirurgie, il se trouva nouveau pour tout le monde, et chacun expliquait à sa manière ce qui pouvait m'avoir fait illusion. On crut assez généralement qu'il était question d'un sac herniaire ordinaire, et dont le tissu cellulaire ambiant avait pris un embonpoint analogue à celui de tout l'individu; mais, dans ce cas, l'embonpoint aurait été égal partout, il n'aurait pas fait bosse dans l'intérieur du sac, la partie n'aurait pas été susceptible de réduction totale; enfin on aurait reconnu dans

le sac, ou par l'apparence des viscères voisins, qu'il y avait eu hernie. Or le contraire était évident, ainsi que nous l'avons dit. Les commissaires nommés par l'Académie pour visiter le cadavre reconnurent bien ce que j'avais annoncé, mais ils restèrent dans un doute fondé sur ce qu'ils n'avaient jamais entendu parler d'un semblable fait.

Autres observations de hernies graisseuses.

Cette première observation était reçue à la condition de nouvelles expériences, lorsqu'il se présenta dans mon amphithéâtre un autre exemple de sujet d'un embonpoint pareil à celui du premier, et qui portait une légère tumeur placée vis-à-vis l'anneau du côté gauche. On ne la reconnut qu'après avoir enlevé les tégumens pour la dissection du muscle grand oblique. La tumeur était grosse comme l'extrémité du pouce, enveloppée du péritoine dont la face celluleuse se présentait alors.

J'essayai de la faire rentrer, et j'y réussis sans peine. Ayant ouvert le sac, je reconnus une tumeur graisseuse semblable aux premières; celle-ci était continue au tissu cellulaire adipeux qui unit le péritoine à la face postérieure de la branche supérieure du pubis, et non pas à celui qui est situé entre le péritoine et la vessie, comme dans les faits précédens.

Il résultait de cette différence, que cette tumeur graisseuse répondait au côté interne du cordon des vaisseaux spermatiques, tandis que les premières étaient placées au-devant de ce cordon. En effet, celles-ci venant du tissu cellulaire voisin de la vessie, avaient dû s'échapper librement par les anneaux; tandis que la tumeur qui venait de la partie postérieure de la branche du pubis, s'était glissée, par le lieu le plus bas de l'anneau, derrière le trajet du cordon des vaisseaux spermatiques.

Souvent la rareté des faits n'est telle que parce que l'esprit n'est pas dirigé vers les observations de ce genre; c'est ce que nous avons éprouvé relativement aux hernies graisseuses.

L'hiver de 1781 n'était pas encore terminé, que je rencontrai un troisième sujet qui portait une quantité de tumeurs graisseuses aux environs du ventre, telle qu'elles offraient presque toutes les modifications dont ce genre de tumeurs paraît susceptible.

Il y avait une grosse tumeur graisseuse dans l'anneau du muscle grand oblique du côté droit; une tumeur semblable, mais d'un volume beaucoup moindre que la première, sous l'arcade crurale du côté gauche; deux petites le long de la ligne blanche au-dessus de l'ombilic, et trois, également de petit volume, à des distances assez grandes de la ligne blanche.

Celle qui répondait à l'anneau avait son ori-

gine graisseuse au côté de la vessie; elle avait entraîné le péritoine jusqu'au bas du scrotum; mais il n'y avait pas apparence de hernie tombée dans ce sac.

La tumeur, répondant à l'arcade crurale, n'avait point entraîné le péritoine. De celles qui existaient aux parois du ventre, près ou loin de la ligne blanche, les unes avaient déterminé une petite poche péritonéale, les autres n'en étaient pas encore à ce point de volume (1).

Enfin, il fut évident que ces tumeurs ne différaient entre elles que par leurs situations, et leur développement plus ou moins avancé.

L'expérience m'a fait voir que l'embonpoint du tissu cellulaire du péritoine, derrière la ligne blanche au-dessus de l'ombilic, déterminait très-souvent des hernies graisseuses dans cette région.

Depuis la connaissance de ces premiers faits, il n'y a pas de jeune anatomiste qui n'ait rencontré et reconnu des hernies graisseuses. J'en ai vu sous toutes les formes; quelquefois même

---

(1) Il est à remarquer qu'il n'y a guère que les hernies graisseuses par l'anneau qui acquièrent assez de volume pour faire bosse et appendices dans le prolongement du péritoine qu'elles ont entraîné. Dans celles que j'ai vues à la ligne blanche, ou ailleurs, le péritoine formait des poches qui auraient reçu le bout du petit doigt, et les plus grandes étaient triples de celle-ci.

elles étaient accompagnées de hernie contenue dans le sac, compliquée d'étranglemens, et l'on a reconnu la tumeur graisseuse en pratiquant l'opération (1).

Cependant les auteurs anciens n'ont pas fait mention de cette espèce de hernie. Richter même n'en a rien dit; je n'en rencontre de trace que dans Morgagni (2).

Morgagni, traitant des tumeurs qui peuvent en imposer pour le bubonocèle, *qui bubonocelem mentiuntur*, rapporte, d'après *Pteschius*, qu'un homme, d'un très-fort embonpoint, avait une tumeur graisseuse d'autant plus susceptible d'induire en erreur, que la graisse s'étant amassée dans le tissu cellulaire du péritoine s'était échappée par l'anneau dans le scrotum, d'un côté seulement, et en si grande quantité, que la tumeur représentait un ischiocèle (3). Morgagni ne dit

---

(1) Je n'ai vu qu'un cas de cette espèce à l'Hôtel-Dieu, il y a environ un an, encore je ne sais sur quoi on se décida à opérer : on ne trouva dans la tumeur sur-ombilicale qu'une masse graisseuse jaune, et d'une mollesse analogue à l'embonpoint généralement mou de la femme.

(2) *Voyez* Morgagni, *de sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, lib. *de morbis ventris*, t. II, p. 160, éd. de Padoue, in-fol. 1745.

(3) *Præpinguis esset alter quem dissecuit* Pteschius, *et in proclivi deceptio erat, propterea quòd pinguido in substantiâ peritonei cellulosâ collecta*, per annulum ad scrotum,

pas que la tumeur était accompagnée d'un prolongement du péritoine ; mais c'est absolument une omission de Pteschius (1), la chose ne pouvant pas être autrement.

Morgagni distingue ce fait de plusieurs autres qu'il cite au même endroit, et qui offrent des amas graisseux situés le long du cordon des vaisseaux spermatiques, au voisinage de l'ombilic, etc., et qui en imposaient pour des hernies. Il observe que, dans ces cas, les sujets étaient maigres d'ailleurs, et qu'il s'était fait seulement à ces parties des amas de graisse (2) ; et quand il cite l'observation semblable aux nôtres, il dit que le sujet était fort gras, *perpinguis*, et il met en lettres italiques ces mots, *per annulum ad scrotum*, pour fixer l'attention, et distinguer cette tumeur de celles qui avaient pris naissance dans le scrotum même.

Il n'est pas étonnant que l'on n'ait pas porté

---

non in utroque, sed in dextero duntaxàt latere eâ copiâ progrediebatur, ut ibi ischiocele esse videretur. M. L. C.

(1) Je n'ai jamais pu découvrir ce qu'était ce Pteschius. On m'a seulement dit qu'il avait écrit sur la pathologie, mais je n'ai trouvé ni son ouvrage, ni rien qui l'indiquât dans les bibliothèques d'Haller et autres.

(2) *Tantò facilior esset error quòd, cùm esset macilentus, nemo tantam pinguedinis copiam vasis spermaticis adjunctam putasset.* M. L. C.

une attention particulière à l'espèce de hernie qui vient de nous occuper, puisqu'en effet elle n'est pas une maladie; tout au plus peut-on la prendre pour une hernie épiploïque lorsqu'elle a son siége dans le scrotum : mais alors la réduction en étant facile, on applique un bandage; ou, si la tumeur ne se réduisait pas, on se déciderait à la laisser au-dehors, et à appliquer le bandage, comme on le fait journellement sur les hernies épiploïques impossibles à réduire. Les intestins s'engageant rarement dans le prolongement du péritoine, pour les raisons que nous avons dites, l'on n'a peut-être jamais eu occasion d'opérer cette espèce de hernie pour cause d'étranglement.

Dans tout autre lieu que l'anneau, les tumeurs graisseuses se confondent avec l'embonpoint général; et lors même qu'elles sont accompagnées d'un prolongement du péritoine, l'embonpoint éloigne les viscères des parois du ventre assez pour qu'ils ne puissent pas s'engager dans l'écartement occasionné par la tumeur graisseuse.

Les anatomistes ont pu seuls découvrir cette espèce de hernie, et même aujourd'hui il est encore difficile de la reconnaître d'une manière positive sur les objets vivans.

Hernies de naissance.

Ce n'est point ici le lieu de parler de la nature et des causes, ainsi que du mécanisme de la formation des hernies congénitales; c'est dans les connaissances anatomiques et les traités généraux sur les hernies qu'il faut chercher ces théories générales; mais je ne puis me dispenser de citer quelques cas dans lesquels cette sorte de hernie s'est offerte à moi sous un aspect particulier.

DIXIÈME OBSERVATION.

Un homme, âgé d'environ quarante ans, s'est présenté à l'Hôtel-Dieu pour obtenir un bandage. Il portait à l'extrémité de l'arcade crurale, près l'épine de l'os des îles, une tumeur molle placée sous les tégumens, et qu'à sa forme et son volume il me fut facile de reconnaître pour le testicule. Le cordon spermatique, placé transversalement, et plus grêle que de coutume, répondait à l'anneau par lequel une hernie était sortie depuis long-temps. C'était pour y appliquer un bandage que le testicule avait été rangé en-dehors, parce qu'apparemment il se présentait vis-à-vis l'anneau, et empêchait l'application du brayer. Il y avait à peu près quinze ans que le malade portait un bandage, et le testi-

cule ainsi que le cordon avaient contracté une telle adhérence dans le trajet qu'ils occupaient, qu'il me fut impossible de les ramener, et il fallut appliquer ce bandage comme il l'avait toujours été. Il serait curieux de savoir comment la tunique vaginale se comportait, et quel etait son rapport tant avec le testicule qu'avec la hernie; c'est ce que la dissection seule pouvait faire connaître.

J'ai rencontré plusieurs fois le testicule engagé dans l'anneau, conjointement avec une hernie, de telle manière qu'il était impossible d'appliquer un bandage, dont le malade ne pouvait cependant pas être privé sans rester en butte à des anxiétés habituelles qui auraient pu devenir symptômes graves d'étranglement.

Dans une pareille occurrence, il n'est pas douteux qu'il n'eût fallu pratiquer l'opération de la hernie, et même faire la castration s'il n'eût pas été possible de détruire les adhérences du testicule, soit pour le faire descendre, soit pour le remettre dans le ventre.

La vie et la santé du malade dépendaient de cette opération.

Indépendamment de l'étranglement habituel de la hernie que le testicule entretient, il est exposé lui-même à des percussions ou compressions qui produisent son engorgement inflammatoire et squirreux. L'opération devient tôt ou tard

indispensable; et le cordon, caché dans le ventre, ne laissant pas juger de son état, il est à craindre que l'opération ne soit rendue impraticable ou insuffisante. Nous aurons occasion de rapporter dans la suite de ce mémoire diverses observations dans lesquelles la présence du testicule a fait une complication particulière des hernies soumises à l'opération rendue nécessaire pour cause d'étranglement.

Les cas où des hernies ordinaires compliquées d'étranglement ont été réduites sans opération, sont vulgaires et très-nombreux. Cependant tous ces cas ne sont pas simples; et, de même que les hernies réduites par l'opération, laissent les malades exposés à des accidens graves, et auxquels l'art doit remédier consécutivement à l'opération, il arrive aussi qu'il faille combattre des accidens qui pourraient subsister après la réduction d'une hernie par le taxis; j'en citerai quelques exemples remarquables.

ONZIÈME OBSERVATION.

Hernie compliquée d'étranglement, réduite avec peine par le taxis; accidens inflammatoires subsistant après la réduction, et traités avec succès.

Jean Tabuy, âgé de dix-sept ans, d'un tempérament éminemment sanguin, portait depuis peu de temps une hernie inguinale du côté droit

sans faire usage d'un brayer. Voulant un jour soulever un fardeau, sa hernie sortit plus grosse que de coutume, et se refusa aux tentatives de réduction qu'il avait coutume de voir réussir.

Dès le lendemain, 21 mai 1805, à trois heures après midi, Tabuy se présenta à l'Hôtel-Dieu. Son ventre était déjà météorisé et très-douloureux; il avait la tête pesante, les pommettes rouges; les hoquets existaient depuis douze heures, et étaient accompagnés de fréquentes envies de vomir.

Je ne me décidai pas sur-le-champ à faire l'opération, malgré l'urgence apparente des accidens, soit parce que le malade était fatigué de son voyage à l'Hôtel-Dieu, soit parce que la tumeur n'était pas extrêmement tendue, et que d'ailleurs on n'avait encore rien fait pour calmer les accidens et faciliter la réduction.

Je prescrivis deux saignées dans la soirée, des demi-lavemens émolliens, un bain pris aussi long-temps que le malade pourrait le supporter, et l'application d'un cataplasme émollient sur la tumeur et la région voisine du ventre.

Le lendemain au matin, les symptômes ne présentaient pas de rémission apparente; cependant je tentai la réduction. Le premier essai me donnant des espérances, j'insistai avec modération, et la réduction se fit avec les meilleures conditions, c'est-à-dire, que l'air et les matières étant

passées dans les intestins du ventre, la tumeur diminua de moitié, et que le reste se précipita dans la cavité abdominale.

Cependant le ventre restant douloureux, et le malade ayant de la fièvre, je conçus qu'il me restait à traiter une péritonite; je prescrivis une troisième saignée, des fomentations émollientes sur le ventre, un demi-lavement émollient d'heure en heure, la boisson de petit lait, et une diète absolue.

Il n'y eut plus de vomissement, et dès le soir même les hoquets cessèrent.

Le lendemain, 23 mai, tous les symptômes étaient diminués : le ventre étant tuméfié sans douleur, je crus devoir évacuer les matières qui avaient été copieusement détrempées, et je prescrivis une demi-once de sulfate de soude dans le petit lait : les évacuations furent abondantes; elles continuèrent jusqu'au cinquième jour, étant légèrement sollicitées par le même minoratif.

L'état du malade alla de mieux en mieux, et il fut en état de quitter l'hôpital le quinzième jour de son entrée.

L'on voit dans ce fait intéressant la conduite qu'on est tous les jours obligé de suivre après l'opération de la hernie pour faire cesser les accidens dont l'opération n'a détruit que la cause, et qui, souvent, font périr les malades malgré cette opération.

Il est évident que les mêmes suites peuvent avoir lieu après la réduction d'une hernie sans opération, et qu'elles exigent le même traitement.

C'est d'ailleurs un principe général qu'il faut évacuer les malades après la réduction des hernies, dont l'étranglement a duré plus ou moins long-temps, et avant que de leur prescrire des alimens.

Cet exemple, pris au milieu de dix autres non moins remarquables, suffira pour établir la conduite à tenir dans les cas semblables, et nous conduire à la seconde section de ce mémoire, où il va être question de hernies opérées avec succès.

IIe SECTION.

Hernies opérées avec succès.

L'opération de la hernie, considérée en elle-même, ne semble devoir entraîner aucun danger; c'est une plaie aux tégumens, l'ouverture d'un sac membraneux, et l'incision simple ou multipliée d'une aponévrose, ou d'une corde tendineuse qui formait l'obstacle à la réduction des parties. Quelles que soient les variétés et les petites difficultés accidentelles que puisse offrir la marche de cette opération, il semble qu'elle ne peut être grave ni dangereuse.

Il en résulte ce principe général, que, dans le cas d'étranglement des hernies, il vaut mieux pratiquer l'opération plus tôt que plus tard; que les malades qui succombent sont ceux qui ont été opérés trop tard, ou dont la maladie offre des complications qui rendent l'opération infructueuse. Il ne faut pourtant pas exagérer l'application de ce précepte; et il y aurait beaucoup d'inconvéniens à opérer tout venant, sous prétexte qu'il vaut mieux le faire trop tôt que trop tard.

Un autre principe non moins constant, c'est qu'il faut opérer une hernie étranglée, quel que soit l'état fâcheux du malade, pourvu qu'il ne soit pas sans espoir. En effet, l'opération ne pouvant pas lui être funeste, il reste le degré de probabilité de la rendre utile, quelle que soit la valeur de cette vraisemblance. Cependant la douleur de l'opération devant être comptée pour quelque chose, il faut au moins que le malade ait assez de vie pour pouvoir la supporter, et ne pas succomber immédiatement aux tentatives que l'on fait pour son soulagement.

Il est difficile de tenir un juste milieu entre toutes ces difficultés. L'expérience la plus consommée peut seule donner cette sûreté; le plus souvent encore on se reproche, après l'événement, le parti qu'on a cru devoir prendre.

C'est pour suppléer à cette expérience, que l'on

n'acquiert qu'avec l'âge et les occasions, que je présente aux jeunes chirurgiens l'histoire des opérations dont le succès a été heureux, et que je fais connaître les rapports de ces heureux événemens avec les circonstances de la maladie.

Je citerai ensuite des cas nombreux de défaut de succès, et j'en dirai les causes aussi multipliées que variées entre elles.

Ce sont les faits qui instruisent en chirurgie; mais il faut qu'ils soient bien appréciés, comparés entre eux, et sur-tout racontés avec franchise, quels qu'aient été l'événement et les fautes que l'on ne reconnaît souvent que par les suites funestes qu'elles ont produites.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Hernie antéro-épiploïque, inguinale, étranglée depuis six jours.

Jean-Joseph-Nicolas Poulain, âgé de cinquante-deux ans, charpentier, sautant un large fossé, sentit une douleur vive à la partie supérieure de la cuisse gauche, et y découvrit dans le moment une tumeur. Il continua cependant de marcher, et même courut pendant une demi-heure pour arriver plus promptement chez lui où il espérait avoir du secours.

Le soir, la tumeur avait beaucoup augmenté : un chirurgien, appelé le lendemain, ne vit qu'une tu-

meur inflammatoire, et fit appliquer de larges cataplasmes.

Le troisième jour, le malade avait des hoquets, de vives coliques et une constipation absolue.

Le quatrième jour, les accidens étaient plus graves, et il y avait des vomissemens.

Enfin, le cinquième jour, le ventre était tendu et douloureux, et le malade ne se rendit à l'Hôtel-Dieu que le sixième jour de la maladie, 6 novembre 1808.

Les accidens de l'étranglement étaient très-graves; la tumeur était douloureuse, et offrait une espèce de mollesse qui pouvait faire présumer l'état de gangrène des parties. Je décidai et pratiquai l'opération sur-le-champ.

Je trouvai dans le sac herniaire une grande quantité d'épiploon et une anse d'intestin déjà noirâtre, mais encore rénitent. L'anneau fut incisé, et toutes les parties furent réduites avec assez de facilité.

Je prescrivis des lavemens émolliens et laxatifs à administrer d'heure en heure, et fis appliquer des fomentations émollientes sur le ventre qui était très-douloureux. Le malade fit, pendant la nuit, deux selles assez fortes, ce qui me donna les premières espérances. La boisson du petit lait et les lavemens furent continués, et, le troisième jour de l'opération, il y eut plusieurs selles franches et abondantes.

Le ventre s'affaissa, les douleurs se calmèrent;

déjà, depuis le moment de l'opération, les hoquets et le vomissement avaient cessé, et le malade avait éprouvé intérieurement un bien-être notable.

Depuis ces dernières évacuations, le malade alla de mieux en mieux; il évacuait journellement par l'usage des lavemens, et j'achevai de vider le ventre par un purgatif ordinaire, le quinzième jour de l'opération. Ce ne fut qu'à cette époque que le malade fut mis à l'usage des alimens solides; il alla de mieux en mieux, et la plaie de l'opération fut cicatrisée le vingt-sixième jour.

Le malade dont je viens de raconter l'histoire a dû l'heureux événement d'une opération faite après six jours d'étranglement, à la nature des parties qui formaient sa hernie.

Une grande quantité d'épiploon contenue dans la tumeur supposait une dilatation antécédente de l'anneau qui a dû réagir moins fortement sur les parties sorties. En effet, lorsqu'un effort violent et subit détermine une hernie dans un sujet qui n'y avait pas de disposition antécédente, l'intestin s'échappe communément tout seul, ou tout au plus accompagné d'une petite quantité d'épiploon; et l'anneau, revenant sur lui-même, étrangle la hernie avec une telle énergie, que l'inflammation se propage bientôt aux intestins contenus dans le ventre; de là les accidens urgens et si souvent funestes de ces sortes de hernies, ainsi que nous le dirons à l'avenir.

Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque l'anneau préparé à la dilatation laisse passer à la fois une grande quantité d'épiploon et d'intestin, non seulement il réagit avec une énergie moindre, mais même la présence de l'épiploon protège l'intestin; d'où il résulte que l'inflammation qui s'en empare marche avec plus de lenteur, et sur-tout ne se propage que tardivement aux intestins contenus dans le ventre.

Si ces intestins s'enflammaient, ce serait par la rétention des matières stercorales au-dessus de la hernie; mais leur état sain est favorable à l'évacuation de ces matières après que l'étranglement a été levé.

Il ne reste donc plus que l'inflammation propre à l'intestin qui formait la hernie; et la réduction favorise parfaitement la résolution de cette inflammation.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale intestinale, étranglée depuis six jours.

Louise Bertrand, âgée de soixante-trois ans, d'une forte constitution, n'avait jamais contenu par un bandage une hernie crurale qu'elle portait depuis quinze ans. Elle se contentait de la réduire chaque fois qu'elle était sortie. Le 15 septembre 1808, la tumeur parut subitement, mais sans qu'un effort l'y eût déterminé; elle resta douze heures sans occasionner de douleur à la malade qui faisait

des tentatives inutiles de réduction. Elle éprouva bientôt des hoquets, de la constipation, auxquels succédèrent des vomissemens fréquens. La malade se présenta à l'Hôtel-Dieu le quatrième jour de la sortie de sa hernie : je jugeai l'opération indispensable, sinon urgente, à cause du danger qu'il y avait à réitérer les tentatives de réduction dont la malade avait déjà abusé, et auxquelles j'attribuais les accidens actuels. Le ventre ni la tumeur n'étaient douloureux au toucher ; mais s'ils le fussent devenus, l'opération eût été trop tardive.

Elle fut donc pratiquée, et ne présenta rien de remarquable que l'épaisseur de tissu cellulaire disposé par couche qui formait ou couvrait le sac herniaire ; effet de l'ancienneté de la hernie.

Une portion d'intestin grêle qui en représentait à peine tout le calibre, formait la hernie, et était accompagnée d'une petite quantité de sérosité. L'intestin était sain, sa couleur à peine altérée, et la réduction en fut facile après l'incision de l'arcade crurale.

Des lavemens émolliens suffirent pour déterminer les évacuations ; le soulagement suivit immédiatement l'opération, et la malade sortit guérie le vingt-sixième jour.

Ce fait présente un exemple de la juste application du précepte d'opérer une hernie étranglée plus tôt que plus tard. L'eau épanchée dans le sac herniaire est un symptôme de l'inflammation com-

mençante : sans doute elle n'aurait fait que des progrès lents ; mais ils ils étaient certains et seraient devenus fâcheux par les tentatives de réduction auxquelles on aurait dû se livrer en se déterminant à éloigner l'opération. Il était donc indiqué de pratiquer une opération indispensable, sinon urgente, et dont la promptitude a assuré le succès.

TROISIÈME OBSERVATION.

Hernie inguinale, étranglée aveé inflammation ; guérison due au traitement antiphlogistique après l'opération.

Augustin Fort, scieur de pierres, âgé de quarante-six ans, d'un tempérament sanguin, et fortement constitué, entra à l'Hôtel-Dieu le 4 juin 1807, ayant une hernie inguinale du côté droit qui descendait jusqu'au fond du scrotum, et avait la forme d'une poire dont la grosse extrémité répondait en bas. Le malade était dans un tel état d'ivresse, que ses violens efforts avaient précipité la hernie malgré le bandage qu'il portait habituellement. On fit quelques tentatives de réduction qui furent inutiles : les hoquets et le vomissement eurent lieu presque aussitôt, et devinrent si graves, que je me décidai à opérer le malade seize heures après la sortie de sa hernie.

L'opération n'eut rien de remarquable. L'intestin formant une anse était d'un rouge vif, et accompagné d'une assez grande quantité d'épiploon.

Après l'incision de l'anneau et la réduction de l'intestin, je fis plusieurs ligatures aux vaisseaux épiploïques; je retranchai une assez grande quantité de cette membrane, et le reste fut réduit.

L'état douloureux du ventre, la rougeur de l'intestin, la dureté du pouls me déterminèrent à faire saigner le malade; on fit des fomentations émollientes sur le ventre; on administra d'heure en heure un demi-lavement émollient; la diète et une boisson de petit lait furent également prescrits.

Les évacuations n'eurent pas lieu le même jour, malgré le soulagement que l'opération avait produit. La saignée fut réitérée, et les autres moyens continués. Le troisième jour, point d'évacuation, douleurs abdominales et hoquet; troisième saignée et usage continué des lavemens émolliens et de la boisson. Le quatrième jour, les signes de l'inflammation se calment, le malade n'a pas de hoquets, et les lavemens amènent quelques matières dures et noires;.... même traitement, la saignée exceptée... Le sixième jour, les lavemens sont rendus purgatifs et amènent une grande quantité de matières. Le septième jour, on ajoute le sulfate de soude au petit lait, et le malade a de grandes évacuations; la langue était chargée, le pouls souple, et la plaie en bon état. Tous les accidens étaient dissipés, et il semblait qu'il n'y avait plus qu'à entretenir la liberté du ventre; mais le scrotum se tuméfia considérablement, son tissu cellulaire et

le sac herniaire tombèrent en gangrène. Une tumeur inflammatoire se développa au-dessus de l'anneau, et il s'y fit un grand abcès; cet abcès fut ouvert, et tout rentra dans l'ordre le plus simple. Les escarres du scrotum se détachèrent; la suppuration du foyer se tarit par degrés, et la plaie fut cicatrisée le 28 juillet, cinquante-six jours après la pratique de l'opération.

L'indication générale après l'opération de la hernie est d'évacuer les matières qui ont pu s'accumuler au-dessus de l'étranglement; mais souvent il en existe une beaucoup plus urgente : c'est lorsque l'inflammation a tellement caractérisé l'étranglement, que l'opération a dû être pratiquée de très-bonne heure. Il y a, dans ce cas, peu de matières accumulées dans les intestins, et c'est à l'inflammation qu'il faut pourvoir; car elle n'est jamais bornée à la portion d'intestin qui fait la hernie, mais elle est universelle, et aurait les suites les plus funestes malgré que la cause en ait été détruite par l'opération.

Il est évident que, dans l'observation qui vient d'être rapportée, l'état inflammatoire offrait une indication urgente; que même on n'aurait pas réussi à produire des évacuations si elles n'avaient été préparées par les saignées, les lavemens émolliens et les boissons délayantes; et qu'enfin nous avions à traiter une péritonite aiguë subsistant après la cause qui l'avait déterminée. Il est encore

à remarquer que l'étranglement avait été très-grave malgré la présence de l'épiploon dans la tumeur, et à raison des efforts violens que le malade avait faits étant dans l'état d'ivresse.

Les autres accidens qui ont compliqué la plaie de l'opération sont étrangers à la maladie principale; cependant il ne répugne pas de les attribuer à l'état inflammatoire général qui caractérisait la hernie.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Hernie inguinale antérocèle d'un gros volume, opérée après quinze heures d'étranglement; même traitement que ci-dessus; succès.

Jean-Baptiste Doyen, âgé de quarante-un ans, très-robuste, boucher de son métier, vint à l'Hôtel-Dieu le 26 avril 1807, avec une hernie inguinale du côté droit très-volumineuse, compliquée d'étranglement depuis quelques heures. Il y avait des hoquets fréquens et de forts vomissemens; on lui fit deux saignées dans l'espace de quatre heures; il fut baigné, et on appliqua des émolliens. A la visite du soir, quinze heures après la sortie de la hernie, le scrotum était extrêmement tendu, et la surface lisse et égale de la tumeur annonçait qu'elle ne contenait que de l'intestin, mais en grande quantité. L'urgence des accidens me détermina à opérer sur-le-champ.

L'opération n'offrit rien de particulier; seule-

ment la réduction de l'intestin fut difficile, à cause de la grande quantité qui en était dehors. Il était à peine affecté d'inflammation; et nous pûmes juger que les accidens urgens qui avaient nécessité l'opération dépendaient davantage de la grande quantité de tube intestinal tombée dans la hernie, que de la constriction de cet intestin par l'anneau. L'irritation résultant de cette hernie volumineuse avait fait naître de bonne heure le hoquet et le vomissement, parce qu'elle agissait davantage sur les intestins du ventre que sur ceux de la hernie; et, en effet, le ventre était plus douloureux que la tumeur.

Le malade fut resaigné après l'opération. Les lavemens émolliens, les fomentations, la boisson de petit lait et la diète calmèrent les accidens, et, dès le lendemain de l'opération, le malade eut une garde-robe abondante; il fut purgé le cinquième jour, et continua à aller mieux de jour en jour. Sa guérison fut complète le 30 mai.

L'anneau était tellement dilaté, qu'il fut indispensable d'appliquer un brayer avant que le malade ne sortît de l'hôpital.

On voit que, dans cette observation, le volume de l'intestin sorti n'avait cependant pas déterminé un fort étranglement, parce que l'anneau était dilaté depuis long-temps; mais ce même volume était cause de l'irritation générale du tube intestinal, et du hoquet avec vomissement qui s'était montré dès les premiers momens de

l'issue extraordinaire de la hernie ; et si l'on eût attendu plus tard à pratiquer l'opération, l'inflammation du ventre aurait été générale, et le succès d'autant plus douteux.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale long-temps méconnue, opérée très-tard; accidens graves; crevasse de l'intestin long-temps après l'opération; guérison.

Un homme, âgé de cinquante-quatre ans, fort maigre, d'un tempérament flegmatique, portait depuis long-temps une hernie qu'il contenait par un brayer. Il fut pris d'une fièvre avec toux catarrale pour laquelle il requit les soins de son médecin accoutumé. Dans le cours de cette maladie, qui traînait en longueur, cet homme eut des vomissemens qui furent attribués aux efforts de la toux et à l'expectoration difficile. Les vomissemens étant opiniâtres et fréquens, il soupçonna qu'ils dépendaient de sa hernie, et fit part de son idée au médecin, qui se refusa d'y croire, assurant que la hernie ne pouvait pas sortir, le malade étant couché et muni de son bandage, et que d'ailleurs la toux catarrale expliquait suffisamment le vomissement.

Six jours s'écoulèrent dans cet état, et le hoquet accompagna les vomissemens.

Ce fut alors que, sans examiner le siége de

la hernie, le médecin consentit à la visite d'un chirurgien.

Je n'eus pas de peine à reconnaître l'existence de la hernie avec étranglement. Le brayer, appliqué vis-à-vis l'arcade crurale, avait permis à l'intestin de s'échapper de bas en haut, par-dessus la pelote, et la tumeur répondait vis-à-vis l'anneau, comme si elle eût été hernie inguinale. La pression qu'elle éprouvait en bas l'avait, pour ainsi dire, moulée dans sa position, et ajoutait sans doute beaucoup à l'étranglement de la hernie.

Je fis quelques tentatives de réduction; mais, soit parce que l'étranglement était trop considérable, soit parce que je dirigeais mes efforts dans le sens de l'anneau que je croyais donner issue aux parties, mes tentatives furent vaines. Je n'y insistai même pas long-temps, parce que nous étions au septième jour de l'étranglement, et que l'opération me paraissait urgente; elle fut faite sur-le-champ.

Toujours persuadé qu'il s'agissait d'une hernie inguinale, je fis l'incision des tégumens vis-à-vis l'anneau, et sur tout le diamètre de la tumeur qui était globuleuse: le sac fut ouvert; et ce ne fut qu'en portant mon doigt vers l'anneau pour chercher à y introduire un bistouri boutonné, que je m'aperçus qu'il ne contenait pas la hernie; mon doigt fut naturellement dirigé vers l'arcade crurale en parcourant la circonférence de l'in-

testin. Il ne me fut pas difficile de réparer l'erreur ; l'incision de la peau fut prolongée inférieurement, et je rencontrai l'arcade crurale sous laquelle j'introduisis le bistouri caché. L'ouverture fut suffisamment agrandie ; je trouvai l'intestin aplati à cet endroit, et qui ne se prêta que difficilement à la rondeur du reste de la tumeur. Des adhérences, qui furent aisément détruites, s'opposaient à la réduction ; mais l'intestin conservant encore de la solidité, malgré son état de maladie, je le remis dans le ventre. Cette réduction ne se fit pas à mon gré ; les parties ne s'échappèrent pas dans l'intérieur, comme cela a lieu d'ordinaire; il fallut les pousser, et même les poursuivre avec le doigt.

Enfin, cette opération laborieuse se termina heureusement.

Ce qui fut encore plus heureux, c'est que le malade, étant depuis long-temps à la diète, et depuis plusieurs jours à l'usage des délayans et des loks, était disposé aux évacuations ; elles eurent lieu, en effet, avec une telle abondance, que nous dûmes nous occuper de les modérer plutôt que de les solliciter, et nous eûmes recours aux cordiaux et à l'usage du vin vieux joint à quelques alimens solides.

Tous les accidens disparurent avec la plus grande facilité : la plaie entra en suppuration, et la guérison marcha avec d'autant plus de promp-

titude, que le sac herniaire était très-mince, comme cela a lieu dans les hernies crurales, et au contraire des hernies par l'anneau.

La cure s'avançait, lorsque je m'aperçus que la plaie fournissait une matière qui semblait étrangère à la suppuration. La couleur et l'odeur annoncèrent bientôt qu'elle était stercorale, mais en si petite quantité, que je n'en conçus pas d'inquiétude.

Ce fut alors que je me souvins de cette réduction incomplète, et pour ainsi dire contrainte, de l'intestin dont j'ai parlé plus haut. Sans doute quelque adhérence interne formait cet obstacle, et elle nous devenait bien favorable pour empêcher l'épanchement des matières dans le ventre. Il n'était pas douteux que l'intestin s'était ouvert consécutivement dans l'endroit où il avait subi la constriction de l'arcade crurale, augmentée de la pression du bandage, mais que la crevasse était assez étroite pour ne laisser échapper qu'un suintement de matière fécale. Je ne m'en occupai point, et livrai cet événement aux ressources de la nature.

Des purgatifs légers, l'usage habituel des lavemens et le régime devaient contribuer à détourner les matières de l'ouverture fistuleuse. La cicatrice de la plaie devint complète; mais le malade, étant rendu à sa discrétion, se livra à l'habitude qu'il avait de manger beaucoup; alors il se forma une

tumeur avec fluctuation au-dessus de la cicatrice : l'inflammation s'en empara, et ce fut fort à propos que la cicatrice se rompit pour donner issue à du pus mêlé de matière stercorale fluide. La fistule a encore subsisté long-temps ; mais enfin la guérison complète s'est consolidée depuis environ six mois.

J'aurais beaucoup à dire sur cette observation intéressante, si tous les détails ne s'en expliquaient d'eux-mêmes au lecteur attentif.

On conçoit, en effet, la nécessité d'aller à la recherche des différentes causes qui peuvent déterminer le vomissement. Il en coûte si peu de s'assurer si un malade n'a pas de hernie, même dans les cas les moins probables, qu'il est étonnant que cette précaution ait été négligée. J'en vois la cause, en ce qu'autrefois les médecins portaient jusqu'au dédain la négligence des études chirurgicales ; et l'abandon de ce préjugé, aussi funeste que ridicule, est un des bienfaits qui résultent de la réunion de toutes les branches de la médecine sous un même régime.

Un second point intéressant de notre observation est l'apparence de hernie inguinale qui est résultée de la pression de la pelote du bandage sur l'intestin à son passage sous l'arcade crurale, illusion d'autant plus réelle, que l'on sait que la hernie crurale est aussi rare que la hernie inguinale est fréquente dans l'homme.

Du reste, la cure a été due autant au bienfait de la nature qu'aux secours de l'art; et nous n'avons été obligés de recourir à aucun moyen pour la guérison de la fistule stercorale, autre que le régime et la liberté du ventre.

SIXIÈME OBSERVATION.

Hernie inguinale, intestinale et congénitale, étranglée avec inflammation vive.

François-Léger Marbeix, âgé de vingt-un ans, maçon, d'une forte constitution et d'un tempérament bilieux, portait depuis sa naissance une hernie d'un volume médiocre, qui sortait et rentrait à volonté, mais qu'il n'avait jamais contenue par aucun bandage.

Le 13 février 1810, François, travaillant à une démolition, se retint vivement d'une chute qu'il allait faire, et sa hernie sortit en ce moment d'un volume extraordinaire. Il était midi. Le malade eut des vomissemens fréquens et douloureux pour lesquels il se mit au lit. Le soir, les hoquets se joignirent aux vomissemens. On l'amena à l'Hôtel-Dieu le lendemain à midi. Sa hernie était d'un volume considérable; elle descendait jusqu'au bas du scrotum, et sa surface lisse annonçait que probablement l'intestin se trouvait seul dans la hernie, mais formant une anse. La tumeur était

douloureuse, les hoquets et les vomissemens étaient très-fréquens, le pouls dur et tendu, le ventre douloureux du côté de la hernie.

On fit une ample saignée ; le malade fut mis dans un bain, et on s'abstint de toute tentative de réduction. Arrivé auprès du malade à deux heures après-midi, vingt-six heures après la sortie violente de la hernie, je jugeai qu'il ne fallait mettre aucun retard à l'opération.

L'ouverture du sac donna issue à une quantité de sérosité roussâtre qui faisait la moitié du volume total de la tumeur. L'anse de l'intestin avait à peu près neuf pouces de longueur; il était de couleur rouge-brune, et extrêmement tendu. J'eus beaucoup de peine à introduire dans l'anneau la sonde qui devait servir à son incision. Ayant agrandi cette ouverture de la quantité ordinaire, l'intestin obéit à une dilatation qui remplit encore l'anneau au point de s'opposer à la réduction. Il me fallut reporter de nouveau l'instrument tranchant; le même phénomène se renouvela : l'intestin remplit encore tellement l'ouverture, que je voyais le plus grand risque à faire effort pour le réduire. J'incisai donc une troisième fois le pilier interne en tâchant de rencontrer l'incision précédente. Pour cette fois, l'intestin fut à l'aise, et je pus en opérer la réduction, ce que je fis cependant avec beaucoup de ménagement.

La plaie fut pansée à l'ordinaire.

Il était bien évident qu'il s'agissait de traiter une maladie inflammatoire subsistant après sa cause : je fis resaigner le malade une heure après l'opération. A huit heures du soir on fit une troisième saignée ; on administra des demi-lavemens émolliens d'heure en heure ; le ventre fut couvert de fomentations émollientes, et le malade mis à la boisson de petit lait.

Il n'y eut plus de vomissement, et le hoquet cessa dans la nuit, qui fut assez calme.

Le 15, lendemain de l'opération, le pouls est petit, serré, irrégulier, la face grippée ; le ventre est tendu et douloureux, sur-tout à droite, du côté de la maladie, et il n'y a point eu d'évacuations. La respiration détermine une douleur du ventre qui provoque les cris du malade.

J'appréhendai que l'appareil ne retînt de la sérosité contenue dans le ventre ; il fut enlevé, et j'y substituai un cataplasme émollient montant jusqu'au-dessus de l'anneau.

Le même jour au soir, le malade eut un lavement avec le miel et le vinaigre qui procura une selle copieuse.

Le 16, le ventre est moins douloureux, le pouls moins serré, mais il y a de la fièvre.

Les lavemens simples suffisent pour entretenir des évacuations qui deviennent abondantes. Le côté droit du ventre, vis-à-vis l'anneau et au-

dessus, reste très-douloureux au toucher, et par le mouvement de la respiration : on continue l'application des cataplasmes émolliens.

Le huitième jour, il se manifeste un grand abcès vis-à-vis l'anneau, sans communication du pus dans la plaie de l'opération : l'abcès est ouvert, et laisse sortir une grande quantité de pus de bonne nature; c'était la terminaison d'un véritable flegmon, déterminé sans doute par la triple incision de l'anneau, ou peut-être par l'inflammation qui avait accompagné l'étranglement de la hernie.

La plaie de l'opération s'était peu enflammée; elle suppurait médiocrement, et marchait déjà vers la cicatrice.

L'évacuation du pus de l'abcès ne fit pas cesser tous les accidens : l'engorgement inflammatoire se propagea dans la région lombaire; la peau devint rouge; l'œdématie s'empara du tissu cellulaire, et j'y sentis bientôt une fluctuation profonde. La pression de ce nouveau foyer en dirigeait le pus vers l'ouverture de l'abcès; mais il ne s'évacuait pas librement, et s'amassait toujours dans ce nouveau foyer. Je crus qu'il n'occupait que les parois du ventre, et que j'y devais faire une ouverture; mais mon bistouri pénétrant assez avant sans rencontrer le foyer, je craignis de pénétrer dans le ventre, et je m'arrêtai. Il me parut certain que ce foyer répondait dans la

cavité abdominale; qu'il était le produit de l'inflammation du péritoine dans cet endroit, et heureusement limité par les adhérences du tube intestinal. Je me contentai donc d'agrandir la plaie dernièrement faite au-devant de l'anneau, et d'établir une compression expulsive en appliquant un tampon de charpie en arrière du foyer, et faisant coucher le malade habituellement sur son côté gauche. J'eus la satisfaction de voir qu'en effet, à chaque pansement, le pus remplissait l'appareil; il fut même assez abondant pendant huit à dix jours pour mouiller le scrotum, les cuisses et la peau du ventre, et y déterminer un érésypèle qui devint douloureux et très-incommode.

Cette suppuration abondante et l'anxiété habituelle que le malade éprouvait déterminèrent la diarrhée et un amaigrissement assez rapide. Un rhume accidentel vint se joindre à cet état de mal-aise, et nous causa beaucoup d'inquiétude. Cependant l'usage des pectoraux, celui du kinkina administré en extrait, et d'autres secours relatifs aux indications du moment, amenèrent les choses à bien, et le trente-cinquième jour de l'opération il n'y eut plus ni toux ni dévoiement; la suppuration de bonne nature était en quantité médiocre; l'appareil expulsif conservait son heureux effet, et le malade alla de mieux en mieux: il est sorti de l'hôpital parfaitement guéri, le 12

avril, deux mois après l'opération. L'on voit dans cette observation un exemple de hernie étranglée avec inflammation, dont les symptômes marchaient avec une grande rapidité, et ont nécessité l'opération vingt-quatre heures après la sortie de la tumeur. Le traitement anti-inflammatoire, administré avec énergie, a à peine été suffisant pour assurer la vie du malade, et n'a pu empêcher la formation de flegmons qui se sont terminés par suppuration. Ce qui a surtout été bien remarquable dans l'opération, c'est que l'intestin était tellement entassé dans l'anneau, qu'après deux incisions faites au pilier interne, cet intestin acquit encore un développement qui rendait dangereuses les tentatives de réduction, et qu'il fallut porter une troisième fois l'instrument tranchant pour mettre l'ouverture en proportion avec le volume de l'intestin. D'ailleurs ce fait doit être, comme tous les autres, un sujet de méditation pour ceux qui veulent mettre à profit l'expérience qui leur est offerte.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Hernie inguinale, divisée en deux tumeurs; opération laborieuse; accidens graves; guérison.

Etienne Humbert, âgé de cinquante ans, porteur d'eau, avait depuis trente ans une hernie inguinale dont il supportait l'incommodité habi-

tuelle sans user d'un bandage. Le 12 mai 1805, sa hernie sortit plus volumineuse que de coutume, et excita des nausées et des vomissemens accompagnés de douleurs assez vives dans le ventre. Il fut amené à l'Hôtel-Dieu le deuxième jour des accidens. La hernie, très-volumineuse, descendait au fond du scrotum, et était divisée en deux portions, une supérieure oblongue, et l'inférieure globuleuse; celle-ci représentait assez bien une hydrocèle, et n'était pas douloureuse au toucher.

Le malade fut mis dans le bain; on appliqua des cataplasmes émolliens : les tentatives de réduction ne réussirent point; elles n'opéraient pas même le moindre changement dans la tumeur, dont la tension était très-forte à l'anneau. Je me déterminai à pratiquer l'opération, moins à cause de l'urgence des accidens qui étaient médiocres, qu'à cause de l'immobilité de la tumeur et de sa forme qui pouvait cacher quelque chose d'extraordinaire, et propre à aggraver les accidens.

Les tégumens furent incisés le long de la tumeur totale : deux jets de sang artériel furent arrêtés par des ligatures, et je disséquai le sac vis-à-vis la tumeur supérieure. Cette dissection fut étendue jusqu'à la bride transversale du sac, et mit à découvert une portion d'intestin qui était d'un rouge vif, et semblait former seule la hernie. Cependant, l'anneau ayant été agrandi,

il m'était impossible de réduire cet intestin qui restait immobile; je me déterminai, en conséquence, à inciser la bride, et ouvrir la portion inférieure du sac : il sortit aussitôt une assez grande quantité de sérosité, et il parut une nouvelle portion d'intestin d'un gros volume, et se continuant derrière la portion supérieure jusque dans l'anneau. Cette seconde portion était moins enflammée que la première; le tout fut réduit avec assez de facilité après que j'eus établi une proportion convenable entre l'anneau et le volume des parties en agrandissant la première incision.

Cette opération laborieuse réussit cependant, et la plaie fut pansée à l'ordinaire. Je crus convenable d'entasser de la charpie vis-à-vis l'anneau pour éviter l'issue des parties que leur forme devait rendre susceptibles de s'échapper avec facilité, cette tumeur inférieure étant très-ancienne.

Les accidens cédèrent à l'opération : les évacuations s'établirent dès le lendemain; elles continuèrent chaque jour, et nous n'eûmes que l'inquiétude de les trouver trop copieuses.

Le dixième jour, il se forma une grande tuméfaction du scrotum et un abcès gangréneux que j'attribuai à l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire. L'abcès fut ouvert, et le foyer se détergea spontanément. Le malade fut guéri, et quitta l'hôpital au quarantième jour de l'opération.

Cette observation offre l'exemple d'un double sac herniaire et d'une double hernie ; on verra par la suite que l'un et l'autre ne sont pas rares. Un sac herniaire, renfermant une portion d'intestin ou d'épiploon, se resserre sans étrangler les parties; et le péritoine, continuant à descendre, forme, pour ainsi dire, un nouveau sac dans lequel répondent soit la portion supérieure de la hernie intestinale ou épiploïque, soit un nouvel intestin.

Il n'est même pas nécessaire que le sac herniaire soit double ou rétréci dans son trajet pour qu'il se forme une hernie aux dépens d'une portion du tube intestinal étrangère à celle qui formait la hernie ancienne : le cas que nous venons de rapporter présentait l'un et l'autre. Un sac ancien, contenant habituellement une hernie intestinale et rétrécie, puis un nouveau prolongement du péritoine renfermant avec l'ancien intestin une nouvelle portion de ce canal, cette dernière, non accoutumée à former hernie, avait plus souffert de l'étranglement que celle qui était depuis long-temps et habituellement dehors.

Quant à l'engorgement et la suppuration gangréneuse des bourses, c'est une complication accidentelle, et qui ne fait rien à l'objet principal.

HUITIÈME OBSERVATION.

Hernie étranglée par une tumeur squirreuse du mésentère, qui a été réduite ; guérison difficile ; succès.

Etienne Vincent, âgé de quarante-trois ans, palefrenier, portait depuis trente ans une hernie inguinale du côté gauche ; il ne l'avait jamais contenu par un bandage.

Le 18 avril 1809, à dix heures du matin, sa hernie acquit un volume considérable sans cause connue. Il voulut en vain la faire rentrer ; les symptômes de l'étranglement augmentèrent dans la journée, et le malade se présenta à l'Hôtel-Dieu. La tumeur était volumineuse, descendant jusqu'au bas du scrotum ; elle était rénitente, peu douloureuse, et une légère pression en faisait rentrer une partie ; cependant il restait une tumeur dure dans l'anneau, et le scrotum était encore rempli par ce qui restait de la hernie. Les vomissemens et le hoquet étaient médiocres ; la tumeur peu douloureuse ; mais désespérant absolument de la faire rentrer, et soupçonnant une disposition extraordinaire des parties dont les suites pouvaient être fâcheuses, je me décidai à pratiquer l'opération le lendemain de l'arrivée du malade.

Les tégumens ne furent incisés que dans la moitié de la longueur de la tumeur, dans l'espérance que cela suffirait pour la réduction des parties. Le

sac étant ouvert avec les précautions accoutumées, je rencontrai une portion d'intestin faisant anse, peu frappée d'inflammation, et disposée à laisser passer dans les intestins du ventre les matières contenues dans la hernie. Cependant j'incisai l'anneau, et cette portion d'intestin rentra aisément. Il restait dans l'anneau une large portion de mésentère à laquelle pendait une anse d'intestin longue d'un pied, et qui, descendant au fond du scrotum, était dans l'état le plus sain, mais retenue au fond du scrotum par une tumeur squirreuse du volume du poing, occupant l'épaisseur de la portion de mésentère qui suspendait l'intestin. L'anneau déjà dilaté par la hernie ancienne, et incisé dans l'opération, pouvait permettre la réduction de cette tumeur, et je pensai qu'il était plus prudent de la remettre dans le ventre, où elle avait coutume de rentrer quand le malade le voulait, que de la laisser au-dehors avec l'intestin qu'elle sous-tendait. La tumeur, le mésentère et l'intestin parfaitement sains, furent donc réduits avec facilité : je portai mon doigt dans le ventre, et parvins à loger la tumeur vers la fosse iliaque du côté gauche. J'appliquai un appareil propre à empêcher les parties de s'échapper par l'anneau fort agrandi, et qui, s'étant prêté à une dilatation facile pour la réduction de la tumeur, aurait pu tout aussi aisément lui permettre de repasser au-dehors.

Le malade n'a pas tardé à éprouver le bienfait

de l'opération, tant par les évacuations qui ont suivi, que par la cessation de tous les symptômes d'étranglement.

La cure a été difficile à cause de la poche restant du sac herniaire qui n'avait pas été incisée dans toute sa longueur. Ce prolongement du péritoine s'enflamma, devint très-douloureux, fournit une abondante suppuration qui aurait séjourné dans le sac si je n'avais eu l'attention de le tenir soulevé par l'appareil ; mais alors le pus en était versé dans le ventre par l'anneau. Il fallut maintenir celui-ci bouché; enfin, avec tous ces ménagemens, le malade est parvenu à une guérison complète, et a quitté l'hôpital le 16 juin suivant, soixante jours après son entrée. Le traitement a encore été compliqué par la nécessité de combattre des symptômes gastriques suivis d'une diarrhée qui nous a causé quelque inquiétude.

L'on voit, dans cette observation, la réunion fort bizarre d'une hernie qui rentrait en partie, et laissait pourtant dans l'anneau une dureté considérable, et dans le scrotum une suite de hernie dont on ne distinguait aucunement le caractère de hernie intestinale. On ne pouvait pas croire non plus que cette tumeur si volumineuse était l'épiploon qui a coutume d'être placé devant l'intestin, tandis qu'ici l'intestin placé en-devant était disposé à rentrer dans le ventre. Il était donc impossible de prévoir ce qui existait. Si on ne se fût point dé-

cidé à l'opération, sous prétexte que les accidens étaient peu urgens, il est évident qu'ils n'auraient pu qu'augmenter malgré les secours ordinaires de l'art, puisque la tumeur squirreuse du mésentère pesait sur l'intestin, et n'aurait jamais pu être réduite. Le danger aurait été d'autant plus accéléré, qu'il y avait un pied d'intestin ainsi retenu dans le scrotum par la masse du mésentère.

Je ne sais ce que deviendra cette tumeur mésentérique. Ses progrès ne peuvent qu'être très-lents, et le malade peut la conserver sans danger, même sous un gros volume. Ce qu'il y a de certain, c'est que nous ne pouvions rien tenter pour sa guérison dans le temps que la hernie demandait tous nos soins, et l'oubli de tout ce qui n'était pas elle.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Hernie étranglée par la sortie nouvelle d'une longue portion de l'intestin côlon.

Jean-Nicolas Duchêne, âgé de cinquante-deux ans, se présenta à l'Hôtel-Dieu le 24 juin 1809, ayant une hernie inguinale du côté gauche très-volumineuse. Il nous témoigna qu'il portait habituellement sa hernie qui rentrait et sortait sans causer de douleur, et qu'il ne contenait pas par un bandage, étant accoutumé à cette incommodité depuis vingt-quatre ans; mais que la veille, à la suite d'un souper où il avait beaucoup mangé,

et sans avoir fait d'effort particulier, sa tumeur avait augmenté de volume en un moment ; que depuis il avait vomi presque continuellement, et était, depuis le matin, tourmenté de hoquets.

La tumeur était d'un gros volume, descendant jusqu'au fond du scrotum, ronde et plus élevée au voisinage de l'anneau, mais souple à cet endroit, cette portion de la tumeur se laissant affaisser par la compression qui reportait dans les intestins du ventre l'air qui gonflait cette tumeur supérieure. Le ventre du malade était naturellement d'un gros volume, mais plus tendu dans ce moment que de coutume.

Je tentai pendant long-temps, et avec des efforts assez énergiques, la réduction de cette hernie que je croyais étranglée par engouement; je fis suspendre le malade par les pieds, la tête étant seule appuyée sur le lit : je voulais voir si dans cette position la masse très-pesante des viscères n'entraînerait pas la hernie vers l'intérieur du ventre, l'anneau me paraissant libre, ou exercer peu de compression sur la hernie. Toutes ces tentatives étant inutiles, je les abandonnai, et me contentai de prescrire des lavemens purgatifs, et l'application de l'eau à la glace. Il était alors huit heures du matin.

A ma visite de quatre heures, après-midi, je trouvai qu'il n'y avait rien de changé à la tumeur; même volume, même souplesse au voisinage de

l'anneau, mais seulement il y avait plus de sensibilité. Le ventre était plus volumineux, les hoquets plus fréquens. Je conçus alors qu'il devait exister un obstacle qui s'opposait au passage des matières même dans la hernie, et que cet obstacle n'étant pas l'anneau, devait exister dans le ventre. Je me décidai sur-le-champ à l'opération.

La peau incisée dans toute la longueur de la tumeur et le sac ouvert avec les précautions accoutumées, il se présenta une portion d'intestin grêle formant une anse dont les deux portions adhéraient entre elles par des prolongemens membraneux solides, et qui remplissaient l'intervalle que l'anse intestitinale devait offrir. Cette double portion intestinale était tellement identifiée par ses parois, qu'elle ressemblait à une poche qui n'aurait eu qu'une cavité. Une adhérence semblable unissait cet intestin avec le fond du sac herniaire, de manière qu'on pouvait aisément vider la poche en la comprimant, mais non pas la réduire. Je me décidai à couper avec un bistouri la membrane solide qui faisait l'adhérence de l'intestin au sac herniaire, et, l'anneau agrandi, cet intestin fut remis aisément dans le ventre.

Il restait dans le sac un volume considérable de parties que j'aurais prises pour l'épiploon si elles n'avaient pas été situées derrière la hernie. Ayant soulevé cette masse graisseuse, garnie d'appendices d'un gros volume, je reconnus qu'elle enve-

loppait un intestin. C'était une portion du côlon, au moins d'un pied et demi de longueur, cachée de toute part par ses appendices graisseuses. L'intestin était parfaitement sain, contracté sur lui-même, ne contenant ni air, ni matière stercorale, et montrant, par la pesanteur de toute la masse, le mécanisme par lequel cette portion du tube intestinal s'était glissée en un moment, derrière l'ancienne hernie, par l'anneau, et jusqu'au fond du scrotum.

L'anneau ayant été suffisamment agrandi, j'opérai avec assez de facilité la réduction successive de cette longue portion d'intestin. Je le poursuivis dans le ventre avec mon doigt, pour le mettre à l'aise, et éviter, autant qu'il était en mon pouvoir, qu'il ne subît une courbure dans le ventre, ou qu'il ne s'engageât sur quelque portion d'intestin grêle.

La réduction faite, j'appliquai un linge fin sur la plaie, et j'entassai vis-à-vis l'anneau une assez grande quantité de charpie pour empêcher l'issue des parties, et le reste de l'appareil fut posé comme à l'ordinaire.

Il était évident que le ventre était plein de matières amassées dans les intestins au-dessus de la portion qui avait fait hernie, et que l'indication urgente était d'évacuer le malade. Les vomissemens annonçaient cette turgescence, et le hoquet rendait urgente l'indication des évacuans. Je pres-

crivis donc des lavemens purgatifs, et le petit lait aiguisé d'une once de sulfate de magnésie par pinte.

Le lendemain 26, le malade n'avait point évacué; le ventre était prodigieusement météorisé, mais point douloureux; les vomissemens n'avaient pas reparu, le hoquet subsistait. Le pouls était naturel et sans fièvre : je conçus alors que les évacuations n'étaient que retardées; mais j'avais lieu d'appréhender qu'une mauvaise direction du côlon ne fût un obstacle insurmontable au passage des matières fécales. Je ne pouvais qu'insister sur les lavemens et les boissons purgatives. On en continua l'usage, et le lendemain le malade évacua une assez grande quantité de matières fondues, et qui avaient été détrempées par les boissons. Le ventre devint souple, perdit une grande partie de son volume, et fut sans douleur; il n'y eut plus ni hoquet ni vomissemens, et le pouls fut dans l'état le plus naturel. Les évacuations ne s'effectuant pas d'une manière complète, je prescrivis au malade une portion purgative qui fut prise le sixième jour de l'opération. L'effet en fut prodigieux; il continua même sous forme de diarrhée pendant trois jours, et le ventre fut totalement débarrassé. La plaie de l'opération fut découverte le sixième jour, et la suppuration y était établie. Je remarquai combien cette plaie et le sac herniaire correspondant avaient peu d'étendue. Elle n'était rela-

tive qu'à la portion intestinale qui était habituellement dehors. La longue portion de côlon qui s'était échappée derrière l'ancienne hernie avait bien dilaté le sac; mais comme elle n'y avait pas séjourné long-temps, le sac était revenu sur lui-même, et se trouvait réduit à la capacité que j'ai dite. La plaie a diminué de jour en jour; rien n'a apporté de nouvel obstacle à la guérison qui a été complète dans le temps ordinaire.

Cette observation offre le cas très-extraordinaire d'une hernie peu volumineuse par elle-même, adhérente au sac par son ancienneté, et derrière laquelle s'est glissée, en un moment, une très-longue portion d'intestin côlon. Il est à remarquer que le malade avait beaucoup d'embonpoint, un ventre très-volumineux; qu'il avait beaucoup soupé, et que toutes ces circonstances étaient bien propres à porter au-dehors une nouvelle quantité d'intestin; mais l'*s* du côlon s'est présenté plus tôt qu'un autre, à cause des appendices graisseuses d'un embonpoint considérable qui l'entouraient: ces appendices ont dû agir par leur poids sur l'intestin, et faciliter beaucoup son glissement à travers l'anneau. Une aussi grande quantité d'intestin au-dehors et le renversement que devait éprouver celui-ci étaient un obstacle à ce que l'air ni les matières ne pussent s'y engager. Leur amas devait se faire et se conserver dans les intestins supérieurs; le vomissement devait en ré-

sulter; déjà le hoquet s'annonçait, et les accidens qui se seraient bientôt aggravés auraient eu leur cause immédiate dans la distension et l'inflammation des intestins supérieurs à la hernie : peut-être même l'intestin sorti n'aurait-il pas été gravement affecté de cet état inflammatoire. J'ai vu plusieurs fois l'intestin formant une hernie rester sain, tandis que les malades succombaient à l'inflammation des intestins supérieurs : on conçoit que cela doit arriver quand le passage des matières est intercepté par un renversement ou un rétrécissement du tube intestinal, et non par l'étranglement fait par un anneau. Dans le fait qui nous occupe, il pouvait exister un renversement pendant la présence de l'intestin dans la hernie, ou bien ce renversement pouvait avoir lieu par l'effet même de la réduction : dans ces deux cas, l'art n'aurait eu aucun pouvoir : heureusement cet effet n'a pas eu lieu. On voit enfin que l'opération a été pratiquée à propos pour empêcher l'inflammation du tube intestinal que les vomissemens, et sur-tout le hoquet, annonçaient déjà devoir faire de progrès rapides.

Je rapporterai dans un second mémoire quelques exemples de déplacement, renversement, et même hernie de l'*s* du côlon qui ont causé la mort, et autorisaient les craintes que je viens d'énoncer, et qui ont déterminé ma conduite.

DIXIÈME OBSERVATION.

Hernie entérocèle congénitale, compliquée d'étranglement inflammatoire, et opérée avec succès.

Antoine Hardy, âgé de vingt ans, d'une constitution assez forte, pêcheur, est parvenu jusqu'à l'âge de huit ans avant que les testicules lui soient descendus dans les bourses. A cet âge, il commença à se livrer à quelques travaux, et ces organes parurent enfin au-dehors. Celui du côté droit descendit jusqu'au fond du scrotum; et la dilatation qu'il avait fait éprouver à l'anneau inguinal en le traversant, donna lieu à une hernie : celle-ci entretint cette dilatation au point que le malade pouvait faire rentrer à volonté dans le ventre l'intestin et le testicule, même après la puberté. Il n'en fut pas ainsi pour le côté gauche : le testicule de ce côté s'arrêta immédiatement devant l'anneau après l'avoir franchi, et devint immobile; mais un petit sac, qui ne pouvait être autre chose qu'un prolongement de la tunique vaginale, s'étendit vers le fond du scrotum, et se remplit en partie de sérosité, qu'on pouvait faire refluer vers le testicule en comprimant la tumeur.

Le 21 août, Hardy fit de violens efforts de toux, et sa hernie augmenta de volume et s'étrangla. Huit heures après, un chirurgien appelé fit, pour la réduire, des tentatives répétées et très-doulou-

reuses, mais inutiles, et le lendemain on transporta le malade à l'Hôtel-Dieu. La tumeur était alors du volume du poing, un peu rouge, inégale, douloureuse, et très-dure, excepté à sa partie inférieure, qui était moins large, moins dure, et d'une surface plus unie. Cette partie néanmoins ne paraissait point séparée du reste, et faisait corps avec lui. Aux symptômes locaux se joignaient de fréquens hoquets, la constipation, la sensibilité du ventre, la fréquence et la petitesse du pouls. Après quelques nouvelles tentatives de réduction, qui ne furent pas plus heureuses que les premières, cet état du malade m'a fait recourir de suite à l'opération. En la pratiquant, je reconnus que la hernie était formée par une anse d'intestin grêle, qui était phlogosée et remplie de matières très-solides. Je m'assurai en même temps que cette hernie était congénitale, car l'anse intestinale et le testicule étaient renfermés dans un même sac, et ont paru l'un et l'autre à nu lorsque ce sac a été ouvert. Des adhérences faibles et très-récentes les joignaient ensemble.

Le 23, pouls fort et fréquent, chaleur vive, rougeur de la face; deux selles abondantes procurées par deux lavemens. Les hoquets ont cessé peu de temps après l'opération. — Diète.

Le 24, la fièvre diminue, les deux testicules s'enflamment; on les couvre d'un cataplasme émollient.

Le 25, pouls naturel, faim, délire; les jours suivans, le malade s'agite souvent, au point de rompre les liens dont on a été obligé de l'attacher, et sans cesse il parle de bonne chère, de pêche ou d'amour. On apprend alors qu'il est habitué à manger beaucoup; et, soupçonnant que son délire tient à la faim qu'il éprouve, on lui fait prendre d'abord plusieurs soupes dans la journée, puis on y joint des alimens plus solides, et même du bœuf.

Le 27, on s'aperçoit que la tumeur formée dans la cavité gauche du scrotum par un prolongement du péritoine en partie rempli de sérosité, est devenue plus grosse et très-douloureuse; on l'ouvre, et il s'en écoule du pus. La fièvre n'a point reparu, le testicule gauche se dégorge, la plaie principale présente le meilleur aspect, et cependant le délire continue.

Il cesse enfin le 29. La tumeur formée par l'inflammation du testicule droit augmente graduellement.

Le 6 septembre, elle offre une fluctuation manifeste; en la comprimant, on fait sortir une partie du pus qu'elle contient par la plaie de l'opération; mais cette ouverture ne laissant pas au pus un passage assez libre, on fait, le 8, à la tumeur une incision par laquelle il sort en abondance.

Les jours suivans, le testicule gauche se dégorge, l'incision se ferme, le petit prolongement du péri-

toine s'oblitère; et la plaie du côté droit se resserrant de plus en plus, parvient enfin, au bout de six semaines, à une parfaite cicatrisation.

Ce fait, qui donne un exemple de hernie congénitale étranglée, est moins intéressant par lui-même que par la singularité de l'engorgement des deux testicules, et les abcès formés aux deux côtés du scrotum. Le délire nerveux du malade est encore un événement qui a compliqué la maladie, mais que nous avons souvent lieu d'observer dans beaucoup d'accidens autres que les hernies. Nous en parlerons dans d'autres occasions.

Nous avons déjà dit, et nos observations ont démontré que la réduction des hernies étranglées, faite par le simple taxis, ou par opération, laissait à traiter la maladie déterminée par l'étranglement.

Quelquefois c'est une maladie purement inflammatoire : plus souvent l'amas des matières stercorales au-dessus de l'étranglement ajoute à cette disposition; d'autres fois l'inflammation est médiocre, et le besoin d'évacuer les matières stercorales est l'indication urgente; au contraire, dans quelques cas, l'évacuation qui s'établit après l'opération est abondante et trop précipitée, au point de compromettre la vie du malade par l'affaissement qui résulte de ces évacuations. Enfin, l'intestin peut être frappé de gangrène au moment de l'opération, ou s'ouvrir plus ou moins long-temps

après l'opération, à raison de points gangréneux déterminés à l'endroit principal de la constriction que l'intestin a éprouvée.

On a vu dans les observations précédentes que l'inflammation vive a été combattue avec succès par un traitement antiphlogistique; que des évacuations plus ou moins difficiles à obtenir ont terminé les accidens; qu'enfin, dans quelques cas, ces évacuations ont été spontanées, et que nous n'avons eu à nous occuper que d'en modérer l'abondance et la promptitude.

Quelquefois, et sur-tout chez les femmes avancées en âge, la débilité du tube intestinal est telle, que l'on n'obtient d'évacuation que par le secours des cordiaux, ou, tout au contraire, ils deviennent nécessaires pour soutenir les forces de la malade prête à succomber à la faiblesse résultant d'évacuations aussi précipitées qu'abondantes. J'ai vu périr de cette manière nombre de femmes autant de décrépitude que de faiblesse produite par ces évacuations. Dans ces cas, le ventre s'affaisse subitement, et les intestins se dessinent à travers les parois abdominales.

Je m'abstiens de raconter ces diverses observations. Le résumé que je viens d'en donner est suffisant pour l'intelligence de ces cas assez fréquens et faciles à concevoir.

Il n'en est pas de même pour les cas de gangrène : les observations suivantes en sont utiles à connaître.

ONZIÈME OBSERVATION.

Hernie ombilicale d'un gros volume, et dont les intestins se sont trouvés grangrénés au moment de l'opération.

Les hernies ombilicales, si communes chez les femmes, augmentent de volume en proportion de ce que leurs grossesses se multiplient. L'épiploon et les intestins se réunissent le plus communément pour former ces hernies, ce qui fait que l'embonpoint ajoute à leur volume, et l'état de relâchement des parois du ventre se prête encore à la dilatation de l'ouverture qui donne passage aux viscères.

Ces tumeurs n'étant retenues par aucun bandage, et toujours situées au-dehors, les organes qui les forment contractent entre eux et avec le sac herniaire des adhérences intimes qui forment du tout une masse inséparable. Les matières stercorales cheminent plus ou moins facilement dans la longueur de la portion du canal intestinal qui forme la hernie; elles s'y arrêtent souvent, y prennent de la consistance; et lorsque leur amas est assez considérable pour faire obstruction, elles s'arrêtent au-dessus de la hernie; le premier symptôme de cette espèce d'étranglement est le vomissement : c'est là que se trouve l'étranglement par engouement, suivant toute la valeur de l'expression.

Les matières sont rejetées presque sans effort, mais avec la couleur et l'odeur de matières stercorales ; et, pendant un temps assez long, les accidens se bornent à cette évacuation contre nature.

Cependant le malade et les gens de l'art font effort pour réduire la hernie ; elle est comprimée en tous sens et avec persévérance ; les lavemens purgatifs, quelquefois le sel d'epsum pris par la bouche, réussissent à déterminer l'action du tube intestinal, et l'acheminement des matières : on applique de la glace ou de l'eau froide sur la tumeur dans la même intention. Dix, douze, quinze jours se passent sans que l'urgence des accidens détermine à pratiquer l'opération ; mais aussitôt que la tumeur devient douloureuse, cette urgence est caractérisée : en effet, on ne peut réduire une pareille tumeur que par l'opération du taxis, et le développement de l'inflammation la rend désormais dangereuse : si l'on y insistait, ou qu'on tardât trop à pratiquer l'opération, la gangrène s'emparerait de l'intestin contenu dans la hernie ; mais ce serait une gangrène par affaissement, et qui se bornerait à ces parties.

Il y a quelques années que je fus appelé au secours d'une marchande fruitière de la Halle qui portait pareille hernie : cette femme, âgée de quarante ans, était d'un embonpoint excessif, avait eu plusieurs enfans, et le volume général de son ventre était

surmonté d'une hernie d'une grande largeur, qui n'avait jamais été contenue par aucun bandage.

Il y avait vingt jours que les vomissemens subsistaient ; le ventre n'était que peu ou point douloureux ; la tumeur qui l'avait été pendant plusieurs jours, était molle, insensible et fluctuante ; le pouls était petit, irrégulier, et les hoquets se montraient par intervalles.

L'état de gangrène était facile à reconnaître, et j'incisai la peau dans tout le diamètre de la tumeur sans pénétrer du premier coup dans le sac herniaire, de peur de rencontrer une partie d'intestin qui ne serait pas gangrénée, contre toute vraisemblance. J'ouvris le sac avec précaution ; mais il était si généralement adhérent aux parties contenues, qu'elles furent incisées elles-mêmes, ou plutôt je pénétrai dans un foyer de matière stercorale et gangréneuse, dans lequel les débris des intestins et l'épiploon étaient confondus. Etant bien assuré des adhérences générales, je retranchai, sans distinction, tout ce que je pus des parties que le foyer renfermait ; les matières stercorales s'échappèrent des intestins du ventre, et la malade éprouva le plus grand soulagement de cette première évacuation. Je fis une incision transversale aux parois du foyer pour que les matières pussent s'en écouler librement, et le pansement ne consista qu'à entourer le ventre d'un drap. Je croyais que la malade ne survivrait pas,

et je ne lui prescrivis qu'une potion cordiale et quelques verres de limonade aromatisée.

De ce moment les vomissemens et les hoquets cessèrent ; les évacuations continuèrent par la plaie : elles étaient si abondantes, et le foyer avait tant d'étendue, que les matières s'y amassaient, et je fus contraint d'y entasser de la charpie dans tous les coins, pour déterminer les matières à se porter au-dehors. Chaque jour je coupais des lambeaux de tissu cellulaire tellement décomposé, qu'on n'y reconnaissait plus ni intestin ni épiploon ; mais enfin la plaie en était détergée, et le foyer ne communiquait point dans la capacité abdominale, tant était exacte l'adhérence des parties au contour de l'ouverture. Je vis bientôt l'embouchure du tube intestinal répondant à l'estomac, et par laquelle se faisait l'évacuation journalière des matières : pour l'autre embouchure, j'eus beaucoup de peine à la rencontrer : l'extrémité en était devenue vermeille comme les parties environnantes, et on ne distinguait pas évidemment son ouverture. On juge bien que je n'eus garde de chercher à rien introduire dans l'intestin, ou aux environs, dans la crainte de rompre des adhérences qui nous étaient si salutaires.

La malade était revenue à la vie dès le lendemain de l'opération. La boisson journalière d'une eau de tamarins, quelquefois aiguisée de sulfate de soude, entretenait les évacuations qui furent

complètes en huit ou dix jours, et nous pûmes à cette époque prescrire des alimens à la malade.

Ce qui me surprit davantage, ce fut la promptitude avec laquelle le foyer se détergea et revint sur lui-même. Vingt jours après l'opération, il était presque réduit à l'étendue correspondant à l'embouchure du tube intestinal. Cependant j'estime que la tumeur renfermait vingt pouces de la longueur de ce tube, et une quantité d'épiploon que la pourriture et les adhérences m'ont empêché d'apprécier. Les restes s'en sont confondus avec les parois internes du foyer détergé, par un développement vasculaire uniforme qui a bientôt été recouvert et enveloppé par les lambeaux de l'incision faite aux tégumens. Le rapprochement de ceux-ci n'a laissé de libre que l'ouverture de l'intestin.

J'ai cessé de donner mes soins à cette femme six semaines après l'opération. L'ayant rencontrée plusieurs fois pendant deux ou trois ans, elle me témoignait qu'elle rendait ses matières par la plaie sans trop d'incommodité, mais à condition de la plus grande propreté. Elle ne rendait que très-peu de chose par l'anus, probablement même ce n'était que les mucosités de la portion inférieure du tube intestinal.

Il m'a été impossible de reconnaître quelle portion d'intestin avait formé la hernie : je présume cependant que c'était le côlon, soit à cause de la

situation de la tumeur, soit parce que la malade a rendu ses matières presque habituellement sous forme solide.

Cette femme, ayant quitté son commerce de fruitière, je ne l'ai pas revue depuis cinq ou six ans.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale avec gangrène de l'intestin; indication de conserver un anus artificiel; moyen de connaître cette indication.

Nous avons vu dans l'observation précédente qu'une grande portion d'intestin pouvait être contenue dans une hernie ombilicale, y éprouver l'étranglement par engouement et ses suites jusqu'à la gangrène, sans que la maladie ne se propageât aux intestins contenus dans le ventre.

Le même événement peut avoir lieu dans un cas bien contraire; c'est lorsqu'une hernie crurale d'un volume médiocre est étranglée avec peu d'énergie, de manière cependant que la réduction en soit impossible; mais que l'inflammation qui, dans ces hernies, marche toujours avec lenteur, se borne à la portion d'intestin qui est au-dehors. Ces accidens ont pour caractère d'être permanens et au même degré jusqu'à la gangrène de l'intestin : c'est au plus tard le cinquième ou sixième jour qu'il faut opérer ces hernies, si l'on veut éviter cette terminaison funeste.

Dans le courant de l'année 1800, on amena à l'Hôtel-Dieu Marie-Anne Daveaux, âgée d'environ quarante ans, et qui portait depuis cinq ou six ans une hernie crurale sortant et rentrant librement, pour laquelle elle n'avait jamais usé de bandage.

La maladie était déjà à son sixième jour : il y avait des vomissemens dont la fréquence était médiocre; peu de hoquets; le ventre tendu n'était pas douloureux, et la tumeur avait perdu sa sensibilité, sans cependant être dans l'état de mollesse et d'affaissement qui caractérise la gangrène ; le pouls était petit et serré, et la constipation totale depuis le commencement de l'étranglement de la hernie.

Je jugeai l'opération urgente, et elle fut faite sur-le-champ. Après une incision cruciale aux tégumens nécessaire pour bien découvrir toute la largeur de la tumeur, je disséquai le sac avec grande précaution : à peine fut-il ouvert qu'il sortit un jet de matière fluide, grisâtre, et d'une odeur mélangée de matière fécale et de gangrène. L'intestin mis à nu par l'ouverture du sac se trouva affaissé, tombant sur lui-même, et portant une large tache gangréneuse grise et brune. Je crus devoir faire une incision à l'arcade crurale, dans la crainte que sa constriction n'empêchât la sortie de matières stercorales plus solides que celles que la hernie avait contenues : en effet, il sortit, après le débridement, une grande quantité

de matières. L'intestin était adhérent au contour du sac herniaire vis-à-vis l'arcade, et j'avais pu à peine rencontrer le point où j'avais introduit le bistouri boutonné pour inciser l'arcade crurale. J'abandonnai la plaie dans cet état, et elle ne fut couverte que d'une compresse et un léger bandage triangulaire.

Les évacuations continuèrent par la plaie; elles devinrent abondantes par l'usage du petit lait simple, ou aiguisé de sel d'epsum. Les accidens cessèrent promptement, et je pus faire prendre quelques alimens à la malade dès le cinquième jour de l'opération.

Les lavemens n'avaient attiré par le rectum qu'une petite quantité de matières, et l'intestin m'avait paru pincé dans la hernie de plus de la moitié de son calibre.

Après vingt ou vingt-cinq jours de traitement, la plaie marchant vers la cicatrice, et quelque peu de matière stercorale se portant naturellement vers l'anus, tandis que la majeure partie passait par la plaie, je résolus de mettre la malade à un régime tel qu'il ne produisit que des excrémens mous et en médiocre quantité : annonçant que si ces matières passaient par la plaie, j'en conclurais la nécessité de protéger l'anus artificiel, et qu'au contraire si une portion cheminait vers le rectum, ce serait pour moi l'indice que l'intestin conservait assez de son calibre pour que je pusse

solliciter le rétablissement complet du passage des matières par l'anus et la guérison de la plaie de l'aine. J'aurais facilité cette guérison par l'usage des lavemens et une diète plus sévère ; et, dans le premier cas, j'aurais au contraire augmenté la dose des alimens, pour assurer le passage des matières par l'anus contre nature.

Conformément à mon plan, je mis la malade au quart de la portion en soupe et légumes aqueux : les matières continuèrent à passer par la plaie même, malgré l'usage des lavemens. Le fait bien constaté, je résolus de conserver l'anus contre nature.

La femme, endoctrinée par les élèves qui suivaient la visite, apprit qu'elle rendrait continuellement les matières par la plaie, et en même temps que le moyen de cicatriser cette plaie serait de se tenir à une diète sévère. Elle prit à mon insu ce dernier parti, et je vis avec satisfaction le passage des matières par la plaie diminuer de jour en jour, et celle-ci se réduire à une fistule. A cette époque, la malade se remit à manger, et bientôt les matières s'amassèrent au-dessus de la cicatrice ; il y eut douleur et vomissement. Je n'appris qu'en ce moment le manége de la malade, et fus heureusement à temps d'introduire une sonde cannelée dans la fistule, et d'y conduire un bistouri : les matières s'échappèrent en abondance, et les accidens disparurent.

Cette malade, désespérée de se voir rendre continuellement les matières par sa plaie, n'eut aucun égard à mes vives représentations, et se remit de nouveau à la diète. Il me fallut bien me prêter à son opiniâtreté : je l'entretins donc à un régime relâchant, lui faisant prendre une demi-once de manne tous les soirs, et un lavement le matin. Il semblait que tout aurait bien été, si elle eût voulu être fidèle à ce régime; mais elle oublia bientôt le danger, et obéit à son appétit, sans faire choix de ses alimens; je ne m'en aperçus qu'à sa constipation, à la douleur et à la tuméfaction qui se montrèrent à la cicatrice de la plaie que nous étions parvenus à guérir. Les vomissemens suivirent bientôt avec hoquets et tension du ventre. La malade ne voulut jamais consentir à ce que j'incisasse la tumeur, témoignant mieux aimer mourir que de voir sa plaie ouverte de nouveau. En effet, la tumeur s'affaissa, le pouls devint petit, vermiculaire et intermittent; et la malade succomba.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes la cicatrice de l'intestin déchirée, et l'ouverture communiquant dans l'abdomen y avait répandu les matières stercorales. Il me parut qu'en effet l'intestin était réduit au tiers de son calibre, mais le délâbrement des parties empêcha d'apprécier au juste cette circonstance.

Cette observation importante parle d'elle-même

et n'a pas besoin de commentaire. Elle met en action le précepte qu'il faut suivre pour savoir si la nature doit se prêter, ou non, à la guérison d'un anus artificiel provenant de la gangrène d'un intestin seulement pincé dans une hernie ; et ce précepte acquiert une valeur incontestable par les divers événemens qui ont eu lieu, selon que la malade a été mise à une diète convenable, ou s'est livrée indiscrètement à l'usage des alimens.

Je ne connais rien de plus absurde que le projet de guérir un anus contre nature par le moyen de la compression, et je ne crains pas d'assurer que les observations de succès en ce genre sont mensongères.

En effet, supposons les différens cas dans lesquels un intestin peut être gangréné dans une hernie. L'intestin forme-t-il un ou plusieurs anses, comme dans la hernie ombilicale de notre onzième observation : il est bien évident que le bout inférieur de l'intestin disparaît, qu'il ne peut plus communiquer avec le bout supérieur ; ainsi, que, pendant toute la vie du sujet, les matières ne passeront et ne pourront passer que par la plaie.

S'agit-il d'une hernie dont l'intestin pincé dans l'ouverture qui lui a donné passage a subi la gangrène de la portion sortie, comme dans le cas de notre douzième observation : il est évident qu'avant de rien tenter pour la guérison de la plaie, il faut s'assurer si ce qui reste du calibre de l'intes-

tin peut suffire ou non au passage des matières stercorales; et nous avons donné le seul moyen d'acquérir cette connaissance avec quelque certitude. S'il est constaté que l'intestin est insuffisant pour le passage des matières, la compression ne deviendra-t-elle pas funeste en empêchant également l'épanchement des matières au-dehors, et leur acheminement le long du tube intestinal? Que si cette compression ne faisait qu'empêcher l'issue des matières au-dehors, n'est-il pas évident qu'elle produirait l'effet que la cicatrice de la plaie a produit sur notre femme; c'est-à-dire qu'elle déterminerait l'amas des matières fécales au-dessus du rétrécissement, et les suites funestes qui en sont résultées?

Si l'intestin a conservé une assez grande capacité pour que les matières puissent prendre leur cours par l'anus, la compression devient inutile, puisqu'il suffira d'une diète convenable et de l'usage des lavemens pour arriver au but de la nature. Cette compression devient même dangereuse; car il convient que le départ des matières en une portion qui passe par la plaie, et une qui sorte par l'anus, se fasse graduellement; que l'intestin ait le temps de se dilater autant qu'il en est susceptible. Si, au contraire, on oblitère en un moment l'issue du dehors, l'intestin se trouvera surchargé des matières stercorales. D'où il résulte que tout au plus, sur la fin de la guérison et lorsque la plaie

ne sera plus qu'une fistule étroite, sera-t-il favorable, non pas de faire une compression, mais de mettre un peu de charpie et un emplâtre agglutinatif sur la fistule, pour achever d'intercepter la communication des matières ou du fluide stercoral avec la fistule.

Il reste un troisième cas d'anus contre nature : celui dans lequel l'intestin formant une anse dans la hernie, est percé accidentellement, ou par un point gangréneux, et est conservé dans le sac herniaire, à cause des risques qui résulteraient de sa réduction. Dans cette supposition, ou la maladie est récente, ou bien elle existe depuis long-temps; et, dans ce dernier cas, la membrane interne de l'intestin qui s'et prolongée au-dehors, change tellement la disposition des parties, que l'on n'aperçoit même pas le lieu d'où sortent les matières stercorales; elles coulent en nappe autour du prolongement de la membrane interne, et l'on ne parvient pas même à rencontrer avec une sonde la suite du canal des intestins.

Or, je demande comment on peut entreprendre de traiter une pareille maladie par la compression. N'est-il pas évident que, dans toutes les suppositions, la compression agirait sur la totalité de l'intestin sorti, et deviendrait dangereuse, si elle n'était pas de nul effet? Au reste, l'expérience a encore prononcé sur le cas dont nous nous occupons.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Ouverture accidentelle de l'intestin dans l'opération de la hernie; tentatives infructueuses pour guérir l'anus artificiel par la compression.

Alexandre-Jacques Barthelemy, âgé de trente-six ans, d'une faible constitution, portait une hernie inguinale et la contenait depuis six ans par un bandage.

Le 16 octobre 1808, la hernie sortit subitement dans un effort violent que fit le malade. Le lendemain, un homme de l'art tenta la réduction; et, ne réussissant pas, il ordonna l'application des émolliens. Un second chirurgien ne fut pas plus heureux, et le malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 19, quatrième jour de l'étranglement. J'étais incommodé et remplacé dans mes fonctions par qui de droit.

L'opération étant jugée nécessaire, on s'avisa, par esprit de nouveauté, de vouloir inciser l'anneau du muscle grand oblique sans ouvrir le sac herniaire. La peau fut entamée au côté externe de la tumeur, près de l'anneau: on disséqua le tissu cellulaire; mais l'intestin fut ouvert dans cette dissection, et les matières stercorales coulèrent en abondance. On se décida, en conséquence, à laisser les parties au-dehors. Les matières continuèrent à couler, et les accidens de l'étranglement cessèrent avec assez de promptitude.

Le calme étant généralement rétabli, et le malade en bon état, à cela près de l'écoulement presque total des matières fécales par la plaie, on pensa à traiter cette fistule par la compression. On entassa de la charpie autour de la tumeur et vis-à-vis le trajet apparent des matières. Des compresses et une bande fermement appliquée assurèrent la compression; mais bientôt elle fut insupportable au malade : il fallut la faire moindre; alors on vit l'humidité stercorale transsuder de tous les côtés à travers de l'appareil. On insista cependant, mais toujours sans succès, ou plutôt avec l'inconvénient de la douleur, de la constipation, tension du ventre, ou infiltration des matières dans le tissu cellulaire. Il fallut enfin renoncer au projet de guérir cet anus contre nature par le moyen de la compression ; mais le malade n'en fut pas quitte pour ces inconvéniens. Nous avons dit qu'il était d'une faible constitution ; elle fut altérée par tous ces accidens autant que par l'anxiété continuelle à laquelle il était en butte par l'effet de l'écoulement des matières sur la peau du scrotum et des environs, et par les suppurations gangréneuses déterminées par l'infiltration des matières lors des compressions dont nous avons parlé. Enfin cet homme succomba trois mois après son entrée à l'hôpital.

L'examen du cadavre nous fit bien reconnaître l'ouverture faite à l'intestin : elle avait conservé le caractère général d'une incision, mais perdu tota-

lement son rapport avec la plaie extérieure, soit spontanément, soit par l'effet des appareils compressifs; le lieu de la blessure se trouvait en dedans et en arrière de l'anse intestinale, et les matières qui en sortaient devaient couler en nappe autour de l'intestin avant de se répandre au-dehors.

L'inspection des parties nous démontra, et le récit que je viens de faire prouve avec évidence combien il était contraire au sens commun d'entreprendre la guérison d'une pareille maladie par la compression (1).

QUATORZIÈME OBSERVATION.

Anus contre nature ancien, dont l'intestin était resté près de l'anneau, et dont on a tenté vainement la guérison par la compression.

Michel Grobois, âgé de vingt-cinq ans, cordonnier, est entré à l'Hôtel-Dieu le 31 décembre 1807, ayant à l'aine du côté droit deux fistules,

---

(1) Je ne dis rien de l'idée de lever l'étranglement d'une hernie sans ouvrir le sac qui la renferme. Cette idée n'est pas neuve. Les premiers élémens de l'art font connaître les inconvéniens qui résultent d'une pareille conduite; mais les jeunes gens croient innover; ils veulent passer par toutes les erreurs qui ont eu cours avant eux : trop heureux encore s'ils mettent un jour à profit une expérience personnelle, achetée aux dépens des victimes de leur présomption et de leur indocilité!

d'où les matières stercorales s'écoulaient abondamment.

La constitution de ce malade était appauvrie par l'ancienneté de son infirmité. Il nous raconta qu'ayant une hernie depuis l'âge de six ans, il en avait éprouvé l'étranglement à vingt ans; qu'on avait extrêmement tourmenté sa tumeur, malgré les douleurs vives qu'il en éprouvait; et qu'enfin on lui avait ouvert un grand abcès qui occupait le scrotum, et duquel il s'était échappé à l'instant beaucoup de matière stercorale et de pus gangréneux; qu'immédiatement après cette ouverture les accidens s'étaient calmés, mais que les matières avaient coulé sans interruption par la double ouverture qui restait près de l'anneau. La membrane interne de l'intestin faisait tumeur par ces ouvertures, et je ne sais par quel arrangement elles semblaient n'en faire qu'une.

Je me contentai de donner au malade des soins de propreté, j'essayai si les lavemens et l'usage des minoratifs détermineraient l'acheminement des matières vers l'anus; mais je gagnai peu de chose, et je conçus que le malade resterait tel qu'il était.

Un autre ne pensa pas de même, et profita de quelques jours d'absence consacrés à ma santé, pour entreprendre la guérison de cet anus contre nature par le moyen de la compression. Les ouvertures fistuleuses furent fermées par des tampons

de charpie soutenus de compresses et d'un bandage trianglaire fermement appliqué.

Le premier jour, le malade se plaignit peu ; il semblait que les matières sortaient un peu moins par les plaies, qui cependant en étaient toujours traversées. Le sixième jour, il survint des douleurs intestinales très-vives, qui ne cessèrent que par le débordement d'une quantité de mucosités jaunâtres. On replaça l'appareil compressif et on administra des lavemens purgatifs, qui ne procurèrent que peu d'évacuation par l'anus. Le douzième jour, les coliques devinrent très-aiguës, et elles ne cessaient que par la levée de l'appareil et la libre évacuation des matières stercorales.

Enfin j'exigeai que l'on cessât toutes ces tentatives infructueuses et dangereuses. Le malade est resté dans l'hôpital pendant cinq mois, et s'en est allé avec la même incommodité qu'il avait apportée.

Sans contredit, s'il pouvait y avoir un cas favorable au succès de la compression, c'était celui-ci ; mais il aurait fallu procéder méthodiquement : commencer par purger le malade, le tenir d'abord à une diète sévère, lui rendre par degrès les alimens, entretenir par des lavemens l'écoulement des matières qui auraient pu arriver à l'anus ; enfin, quand on serait parvenu au point d'avoir détourné les matières presque complétement, il aurait suffi d'une légère compression sur les trous

fistuleux pour achever la guérison. Mais ce succès supposait que le tube intestinal avait conservé son calibre, et qu'il ne fallait qu'en opérer graduellement la dilatation. Il est évident que l'ancienneté de la maladie rendait le succès peu probable, même dans les suppositions les plus favorables à établir.

La conclusion générale de ces observations, est qu'un anus contre nature ne peut guérir qu'avec les conditions et en suivant la marche prescrite dans notre douzième observation. Si l'on pouvait douter de la véracité dont je ne m'écarte jamais, on croirait cette observation faite à plaisir, pour mettre en évidence les meilleurs préceptes de l'art sur ce sujet important.

Je n'ai fait mention dans ce mémoire que de hernies traitées ou opérées avec succès, souvent malgré la gravité des accidens qui compliquaient leur étranglement. On a vu quelles étaient dans ces cas les ressources de la nature et de l'art. Un second mémoire contiendra les histoires nombreuses de défaut de succès. Ces faits seront comparés entre eux, avec ceux dans lesquels l'art a triomphé de la maladie, et avec les différentes complications et les accidens qui rendent si souvent les ressources de l'art inférieures à la gravité du mal.

Avant de terminer ce premier mémoire sur les hernies, je dois faire mention d'un fait intéres-

sant qui vient de se passer pendant mon travail, et qu'il faut reporter après la huitième observation de la première section du mémoire, avec laquelle il a la plus grande analogie.

QUINZIÈME OBSERVATION.

Hernie épiploïde avec hydrocèle.

Le nommé Deraye, âgé de 62 ans, portait, de temps immémorial, une hernie dont le volume avait augmenté par degrés, et à laquelle il s'était accoutumé sans faire usage d'aucun bandage, et sans en avoir jamais été gravement incommodé. Dans les premiers jours du mois d'août 1810, cet homme éprouva quelques coliques, et témoigna que sa tumeur était douloureuse. Un fabricant de bandages fut appelé à son secours. Voyant une tumeur d'un gros volume et tendue, il se mit en devoir d'en opérer la réduction; il ne put y réussir, et fit appliquer des cataplasmes, et mettre le malade au bain.

Je fus appelé le troisième jour. Le malade n'avait éprouvé ni hoquets, ni vomissemens; la tumeur, fort dure au voisinage de l'anneau, se continuait en un volume considérable, sous une forme très-lisse, arrondie, et offrant une fluctuation manifeste. Au bas et au-devant de la tumeur, en était une autre renfermant le testicule, mais trop grosse pour ne contenir que cet organe, et que je crus offrir éga-

ment de la fluctuation, mais sans communication avec la tumeur principale.

D'après la réunion de ces faits, j'établis le diagnostic suivant :

La tumeur voisine de l'anneau me parut être une hernie épiploïque adhérente au contour du sac vis-à-vis l'anneau, et fermant la communication du sac herniaire avec la cavité abdominale.

Le gros volume de la tumeur devait être une hydrocèle contenue dans un sac herniaire ancien; enfin la petite tumeur située en bas et en devant était le testicule, avec un commencement d'hydrocèle dans la tunique vaginale.

Je donnai le temps à mon diagnostic de se confirmer par l'observation de tout ce qui arriverait, avant de me décider à opérer. En effet, le malade continua d'aller à la garde-robe, la tumeur à rester immobile et sans douleur; il n'y eut ni vomissement, ni hoquets; j'évacuai le malade avec un minoratif, et il fut mis au régime d'un convalescent.

Enfin, le malade transporté dans mon hôpital, je me décidai à l'opérer le 15 août.

Malgré la certitude que j'avais de la composition de la tumeur, je ne voulus point la percer avec un trois-quarts, et j'apportai, à son ouverture, les précautions prescrites par ma prudence ordinaire. J'opérai comme si c'eût été une hernie étranglée : le sac, très-épais, fut ouvert avec précaution, et

il s'échappa une grande quantité d'eau claire et limpide, comme dans l'hydrocèle de la meilleure nature. Je trouvai ensuite un gros volume d'épiploon occupant toute la longueur du sac, et engagé inférieurement dans la poche qui contenait le testicule; je tirai à moi cette partie d'épiploon : elle était saine, mince, et ne représentait que le bord tranchant de l'épiploon. Le trou de communication avec la tunique vaginale était rond, et se resserra complétement quand j'en eus extrait la membrane graisseuse. La masse épiploïque contenue dans le sac herniaire était inégale, tuméfiée, et en partie schirreuse; enfin celle qui répondait dans l'anneau était très-solide, adhérente à l'embouchure du sac herniaire, et en fermait la communication avec le ventre.

Mon projet fut de respecter ces adhérences qui devaient préserver le malade de la récidive de la hernie, ou plutôt de la nécessité de porter un bandage. En conséquence, je laissai l'anneau comme il était ; mais le volume de l'épiploon m'engagea à en retrancher une partie. Je fis quelques ligatures aux troncs des vaisseaux, et je supprimai quelques lambeaux de la membrane; mais voyant que, malgré mes ligatures, il s'écoulait du sang des plaies, je renonçai à en retrancher davantage, de peur de me trouver contraint à trop multiplier les ligatures : ce qui aurait pu donner lieu à l'engorgement de la masse épiploïque, et représenter

par là une forte constriction de l'anneau sur la tumeur. Je me contentai donc de remplir la poche de charpie, afin de déterminer une légère inflammation générale, et de préparer des adhérences propres à guérir l'hydrocèle, suivant la méthode accoutumée.

L'opération ne causa que peu de douleur, et semblait ne devoir donner lieu à aucun accident. Cependant, dès le jour même, le malade eut des coliques et des envies de vomir qui ne s'effectuèrent pas : je me félicitai alors de n'avoir pas plus multiplié les ligatures, et je sentis que j'aurais encore mieux fait d'avoir laissé l'épiploon comme je l'avais trouvé. J'enlevai tout l'appareil, et je substituai un large cataplasme émollient qui enveloppa le scrotum, et monta jusqu'au dessus de l'anneau.

Les accidens n'eurent pas de suite. L'épiploon et le sac fournirent assez promptement une bonne suppuration. Celui-ci se rétrécit à mesure que l'épiploon diminua de volume par la suppuration. Les ligatures tombèrent le douzième jour ; et, le 6 septembre, la plaie marchait vers la cicatrice, qui confondait absolument l'épiplon, le sac et les bords de la plaie également vermeils et d'une nature identique.

Cette belle observation ne demande pas de commentaires, et se rallie parfaitement à celle qui précède, dans le lieu auquel j'invite à reporter celle-ci. Je ferai seulement observer que le malade

avait eu une hernie congénitale, puisque l'épiploon était resté en contact avec le testicule; que la tunique vaginale étant rétrécie, l'épiploon avait continué à pousser le péritoine au-dehors, à mesure que la masse épiploïque descendait; qu'enfin son volume remplissant l'ouverture de l'anneau, il avait contracté adhérence avec l'intérieur du sac, vis-à-vis l'anneau. Le sac herniaire étant une suite du péritoine, on n'est pas étonné de voir s'y former une hydrocèle, et les exemples en sont fréquens.

NOUVELLE OBSERVATION

SUR UN ANÉVRISME DE POTT (1).

Le fait que je vais rapporter est trop intéressant pour que je tarde à le faire connaître. Il se rallie au premier mémoire du deuxième volume *sur des espèces particulières d'anévrismes*, et notamment à la troisième observation et autres du même genre, contenues dans ce mémoire. On y verra pourquoi j'ai appelé cette espèce d'anévrisme *anévrisme de Pott.*

François Chatrane, âgé de cinquante-neuf ans, boulanger établi, était d'un tempérament sanguin, bilieux, et d'une bonne santé habituelle. Il avait toujours travaillé de son métier sans autre incommodité que quelques douleurs rhumatismales dans l'épaule et le bras droit.

Il se présenta à l'Hôtel-Dieu le 30 juin 1810, pour une tumeur située à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche. Cette tumeur avait à peu près quatre pouces de diamètre en tous sens. Elle offrait une fluctuation profonde et donnant l'idée d'un fluide épais ; il n'y avait pas la plus lé-

(1) *Voyez* le mémoire sur des espèces particulières d'anévrismes, etc., tome II, page 1.

gère pulsation; on sentait distinctement le battement de l'artère fémorale au-dessus et au-dessous de la tumeur : ce qui annonçait qu'elle appuyait sur la portion intermédiaire de l'artère, qu'elle poussait profondément sans en recevoir les pulsations.

Le malade témoigna que sa tumeur datait de quatre mois; qu'elle avait paru sans cause manifeste, mais accompagnée d'une légère échymose, laquelle s'était dissipée, et avait laissé une tumeur grosse comme une noisette et sans douleur. La tumeur s'accrut graduellement et arriva, en moins de quatre mois, au volume d'un œuf de poule. Le malade nous dit que jusque-là il y avait senti des pulsations qui étaient disparues à cette époque. Il est évident qu'on ne pouvait attribuer ces pulsations à la tumeur, mais bien à l'artère qui était derrière elle, et dont les pulsations ont cessé de se faire apercevoir quand la tumeur a eu enfoncé le tube artériel dans la profondeur de la cuisse.

Dans les premiers jours de juin, à la suite d'un mouvement brusque, la tumeur prit de l'accroissement, et arriva, en quelques jours, au volume que nous lui avons reconnu. Elle s'était étendue plus particulièrement vers le milieu de la cuisse, laissant quatre travers de doigt entre elle et l'arcade crurale; espace dans lequel on pouvait aisément comprimer l'artère dans toute cette longueur.

La tumeur, indolente, sans douleur, et présen-

tant toujours une fluctuation profonde et sans la moindre pulsation, était tellement mobile, qu'il semblait qu'on pouvait la transporter vers tous les points de la cuisse qui l'environnaient; on s'apercevait cependant bien qu'elle occupait le tissu cellulaire.

Toutes ces considérations et l'expérience personnelle que j'ai sur cette maladie, me firent annoncer que la tumeur était un anévrisme par érosion, que j'ai désigné sous le nom d'anévrisme de pott. Je demeurai long-temps en observation, et mon opinion n'en fut point ébranlée.

Pour convaincre les assistans, je plongeai un bistouri très-étroit au centre de la tumeur: il sortit aussitôt plusieurs gouttes de sang continues entre elles par leur viscosité, filant entre les doigts et d'une couleur un peu jaunâtre. C'était évidemment du sang qui avait éprouvé le premier degré de décomposition. Le bistouri fut retiré, et la plaie, fermée par un emplâtre de diachilon gommé, se cicatrisa dans les vingt-quatre heures. Sans doute je n'aurais pas fait une pareille expérience s'il avait été question d'un anévrisme accompagné de pulsations; mais j'étais sûr de l'événement, ainsi que de la nature de la tumeur.

Je laissai le malade en repos et soumis à l'observation pendant tout le mois de juillet. Nous vîmes la tumeur s'accroître par degrés, prendre une forme alongée, sans remonter vers l'arcade cru-

rale, s'élever en proportion, offrir une fluctuation de plus en plus apparente; le malade se plaignit de douleurs lancinantes aux environs de la tumeur, particulièrement vers le genou : ces douleurs lui ôtaient quelquefois le sommeil; enfin la fluctuation devenait si apparente, qu'il semblait que la peau en était amincie, et que j'eus lieu de craindre que le sang amassé n'éprouvât une décomposition dont les suites seraient devenues incalculables. D'ailleurs, le malade désirant que l'on prît un parti, je me décidai à l'opération, qui fut faite, le 2 août, ainsi qu'il suit :

J'appliquai une pelote solide le long de la portion de l'artère crurale libre au-dessous de l'arcade, et je la confiai à un aide intelligent qui pût comprimer largement l'artère.

Un bistouri étroit fut plongé au centre de la tumeur, et un sang vermeil monta le long de la lame du bistouri sans mouvement pulsatif. Alors j'agrandis l'incision jusqu'en haut de la tumeur, puis jusqu'à sa partie inférieure : il sortit à la fois une grande quantité de sérosité rougeâtre, de caillots de moyenne consistance, de sang noir, et d'un sang plus coloré. J'exprimai le sang du tissu cellulaire en pressant sur la peau des environs. La profondeur de ce foyer me détermina à faire une incision transversale au bord interne de la plaie, qui n'occupait que les tégumens; j'espérai me procurer par là un écoulement plus libre du pus que

la plaie ne pouvait manquer de fournir en abondance, et de mauvaise nature. La plaie fut nettoyée avec des éponges mouillées d'eau : alors je fis diminuer avec précaution la compression de l'artère crurale ; mais il ne sortit pas une goutte de sang, toute compression étant enlevée.

En essuyant soigneusement la plaie avec une éponge mouillée, je reconnus l'artère fémorale isolée dans toute sa longueur, et ne laissant échapper de sang par aucun point, mais jouissant de ses pulsations naturelles.

Après quelques instans, nous vîmes sourdre de l'angle inférieur de la plaie un sang assez noir ; il fut épongé et bientôt remplacé par d'autre. J'alongeai la plaie vers ce cul-de-sac pour découvrir tout ce que l'on pouvait du tube artériel, qui se trouva constamment sain. Alors je me confirmai dans l'opinion que j'avais énoncée depuis longtemps, savoir, que la maladie dépendait d'une branche artérielle et non du tronc.

Je me persuadai qu'en liant le tronc artériel au-dessus du lieu d'où le sang sortait, la branche malade n'en fournirait plus, et cette ligature fut faite à l'ordinaire et sans nulle difficulté. En effet, il ne se montra plus de sang, et je me déterminai à panser la plaie.

Je tamponai assez exactement le lieu d'où le sang était sorti, et je garnis mollement de charpie le reste de la plaie ; des compresses et une bande

achevèrent le pansement. Le membre fut placé sur un oreiller dans une situation convenable, et couvert seulement d'un drap.

Le malade avait supporté l'opération courageusement, et ne se plaignit que d'un léger engourdissement le long de la jambe. Cependant la chaleur naturelle s'y conserva, et nous sentîmes, dès le soir, les battemens de l'artère tibiale postérieure à son passage derrière la malléole interne. La nuit fut plus tranquille que les précédentes, qui avaient été agitées par les douleurs de la tumeur; le malade dormit très-bien. Le lendemain, pareille tranquillité; l'appareil est traversé par la sérosité qui s'écoule communément d'une grande plaie. Le membre conserve sa chaleur naturelle, et le malade a un peu de fièvre dans la soirée.

Le troisième jour, même état; les battemens de l'artère tibiale bien développés, mais ceux de l'artère poplitée sont nuls, quoiqu'on les distinguât très-bien avant l'opération.

Le quatrième jour, il y a douleur et pesanteur à la tête, ce que le malade attribue à la diète à laquelle il est soumis depuis l'opération. Cependant on lui continue les bouillons et la boisson de limonade, à cause de la fièvre.

Le cinquième jour, j'enlevai de l'appareil tout ce qui put se détacher sans effort, parce qu'il était pénétré de sanie. Le malade est en bon état, et il lui est permis de manger deux soupes légères.

Le sixième jour, la fièvre subsiste, toute la charpie est enlevée, moins les tampons qui avaient été placés au voisinage de la ligature. La plaie est blafarde et n'annonce pas devoir fournir une bonne suppuration. L'appareil est arrosé d'une infusion de fleurs de sureau animée d'eau-de-vie. La chaleur et la sensibilité du membre sont dans l'état le plus naturel.

Le septième jour, même situation; la plaie est un peu plus animée, donne davantage d'un pus meilleur. On fait le même pansement, et le malade est mis à l'usage du vin de quinquina. Même régime que la veille.

Les huitième et neuvième jours, la suppuration est très-abondante et avec pourriture. Nous nous trouvons bien, pour son écoulement, de l'incision faite en travers du bord interne de la plaie. Toute la charpie est détachée; les ligatures seules sont encore en place; on ajoute une cotelette aux alimens.

La suppuration augmente considérablement le 11 et le 12; on l'exprime de tout le tissu cellulaire environnant, en pressant les tégumens qui entourent la plaie.

Dans la nuit du 12 au 13, le malade a souffert de grandes douleurs le long de la jambe; cependant, au pansement du 13, la plaie n'offre rien d'extraordinaire, si ce n'est la surabondance d'un pus épais et putride. La journée est plus tranquille, ainsi que la nuit suivante.

Au pansement du 14 j'observe, après avoir abstergé le pus, que la plaie est couverte de tubercules d'environ trois lignes de diamètre chacun, de couleur rougeâtre et d'une assez grande solidité. Il se rencontre sur le bord externe de la plaie deux caillots de sang qui paraissent anciens et qui sont mêlés de pus; ils sont enlevés sans résistance. Dans le même moment, la plaie se couvre de sang dont on ne reconnaît pas la source: je suis persuadé qu'il a été fourni par les tubercules, j'avais même d'avance énoncé qu'ils me semblaient variqueux. La plaie est épongée, et le sang ne coule plus, quoique l'artère crurale ne soit pas comprimée. Le pansement consista dans l'application exacte de charpie sèche sur toute la surface de la plaie, et des compresses et des bandes légèrement compressives. Toute la journée se passe dans le repos. A neuf heures du soir, sans cause apparente, le sang traverse l'appareil; il est de couleur vermeille. Appelé au secours du malade, je fais continuer la compression qu'on avait établie sur l'artère crurale en m'attendant; je coupe les tours de bande et les compresses; la charpie enlevée, je trouve la plaie saine, sans aucun caillot à sa surface, et il ne se présente pas de sang, quoiqu'on ait cessé la compression du tronc artériel. Dans le temps que j'observe la plaie, je vois le sang sourdre de la profondeur de son angle inférieur: alors, dans l'appréhension que la ligature de l'artère ne soit

devenue insuffisante, je pratique une nouvelle ligature à un pouce au-dessus de la première. La plaie nettoyée, est de nouveau exactement garnie de charpie soutenue par des compresses et des bandes suffisamment serrées.

Le lendemain, quatorzième jour, l'appareil s'imbibe de sang : il est enlevé, et la plaie, qui se trouve à sec et sans nulle hémorragie, est tamponée de charpie trempée dans la colophane. Le membre conserve la vie, et l'on sent toujours les battemens de l'artère tibiale postérieure, malgré la seconde ligature. Le malade est faible, dans l'abattement ; cependant je m'attends à une nouvelle hémorragie, la maladie me semblant irremédiable.

En effet, quatre heures après le pansement, l'appareil est traversé par un sang vermeil. Je mets de nouveau la plaie à nu, et il ne se fait aucune effusion de sang ; on observe constamment un petit caillot noirâtre dans l'angle inférieur de la plaie. Cet angle est spécialement tamponé, et je me détermine, comme moyen extrême, à faire au tronc artériel une troisième ligature près l'arcade crurale. La plaie est pansée avec les précautions accoutumées. Le malade est faible et dans une fâcheuse agitation.

Le quinzième jour, lendemain de cette troisième ligature, le membre est tuméfié ; il a une chaleur qui passe celle de la vie, et annonce une décomposition. Des phlictaines se montrent aux limites

des tours de bande qui enveloppent la cuisse: alors je me déterminai à enlever cet appareil, et tous les tubercules de la plaie se trouvèrent changés en filamens gangréneux. L'angle inférieur de la plaie contient encore son caillot accoutumé, et même le sang s'y présenta assez pour me causer de l'inquiétude et me faire rétablir l'appareil, dans la crainte de voir paraître l'hémorragie, et préférant que le malade subît son sort sans cet événement effrayant. La gangrène du membre fait des progrès, et le malade succombe le même jour à quatre heures du soir.

Examen des parties après la mort.

Je ne voulus point faire injecter le membre pour en faire l'anatomie, parce que j'ai l'expérience que, dans ces cas, l'injection s'échappe de tous les côtés, et masque absolument les parties: je préférai donc de les disséquer immédiatement. Cela fut d'autant plus facile, que la gangrène n'était que superficielle, et avait donné aux parties une couleur grise, au lieu de la couleur noire qui la caractérise communément.

Je poursuivis aisément l'artère fémorale depuis l'arcade crurale jusqu'à son passage par le tendon des muscles adducteurs. Elle était saine partout, rétrécie vis-à-vis chacune des trois ligatures, nulle part oblitérée par adhérence ou cicatrisation de

ses parois. Un caillot délié et blanchâtre la remplissait au-dessous de la première ligature, et ses parois semblaient rouges d'inflammation dans leurs différens intervalles. Du reste, aucune solution de continuité ni altération de ce vaisseau. Nous trouvâmes l'artère profonde interne d'un gros volume, et paraissant remplacer le tronc; toutes ses branches étaient saines, même l'artère nourricière de l'os. Toutes les branches veineuses que nous pûmes rencontrer se trouvèrent également intactes.

Nous trouvâmes vers l'angle inférieur de la plaie, à l'endroit d'où nous avions vu constamment sortir du sang, une cavité profonde dans laquelle je pus introduire le bout du petit doigt : elle contenait encore du sang en caillots; mais toutes nos perquisitions ne purent nous faire rencontrer aucun vaisseau blessé auquel on pût attribuer les récidives de l'écoulement sanguin, et il nous fallut renoncer à en trouver la source. Je suis donc resté persuadé que c'était l'érosion, la désorganisation de quelques branches artérielles, confondues par le fait même de cette désorganisation avec le tissu cellulaire environnant.

Je suis même persuadé que la maladie était bien plus généralement répandue, et que les tubercules que nous avons reconnus à la surface de la plaie étaient une suite de semblable dégénération.

J'ai été fort étonné, depuis le moment de l'opération jusqu'à la fin de la maladie, d'une circons-

tance que voici : Le tronc de l'artère fémorale, mis à nu dans une longueur de sept à huit pouces et paraissant sain, ne donnait aucune ramification, et semblait un vaisseau placé là et étranger aux parties environnantes. Cette disposition n'est surement pas naturelle : toutes les branches auraient-elles été rompues par l'élévation de la tumeur qui avait tellement enfoncé l'artère dans la profondeur de la cuisse, que les battemens en étaient insensibles vis-à-vis la tumeur ? Cette disposition faisait-elle partie de la maladie qui causait l'épanchement sanguin ? Je laisse ces questions à résoudre.

Il existe une analogie parfaite entre l'observation que je viens de décrire et celle qui est la troisième du mémoire que j'ai cité, et dont Nicolas Pochard était le sujet. Il importe peu quelle cause avait déterminé chacune des tumeurs sanguines : chez *Pochard*, elle était l'effet d'une contusion très-souvent répétée sur la face interne de l'avant-bras : chez *Chatrane*, il n'a pas été parlé de contusion ; mais la première apparition de la tumeur a été accompagnée d'une échymose ; et ç'a été par un violent effort survenu deux mois après, que la tumeur a fait des progrès rapides. Aucune pulsation ne s'est fait apercevoir dans l'une ni l'autre tumeur.

Dans les deux cas, il s'est fait un amas de sang qui a été par la suite accompagné plus ou moins de douleur. On a pu indifféremment retarder ou se

déterminer à opérer. L'ouverture de la tumeur, dans ces deux cas, a donné issue à un sang en partie coagulé, en partie séparé comme dans une palette après une saignée. La plaie, nettoyée, n'a pas fourni de sang dans l'un ni l'autre cas, quoiqu'on n'exerçât aucune compression sur les troncs artériels.

Chez *Nicolas Pochard*, la plaie, tamponée de charpie, est entrée en suppuration, s'est détergée et a guéri sans hémorragie nouvelle; mais, un an après, la tumeur avait acquis le même volume par l'amas du sang. Opérée de nouveau, elle a offert les mêmes phénomènes et a guéri de la même manière, sans avoir répandu de sang pendant le traitement; mais la tumeur s'est reformée de nouveau. Opérée une troisième fois, le chirurgien qui en a été chargé a excisé les parties qui étaient la base de la maladie; l'artère radiale a été comprise dans l'excision, et liée à ses deux bouts. La plaie a guéri, et cependant la tumeur sanguine a repris naissance une quatrième fois; et, lors de la quatrième opération, on s'est décidé à l'amputation du membre, sans en avoir dit les raisons. Enfin la dissection du membre amputé n'a rien appris sur la nature de la maladie, puisque le chirurgien qui l'a examiné se contentait de dire que tout était confondu et comme *lardacé;* ce qui dépendait des cicatrices nombreuses dont la partie était le siége, et ne disait rien sur la cause, la nature et le siége de l'épanchement sanguin.

Dans notre nouvelle observation, la tumeur sanguine s'est formée avec plus de promptitude, mais sans doute à raison du volume et de la position déclive du membre.

L'ouverture de la tumeur a donné issue à du sang pur et seulement séparé dans ses principes, ou coagulé. Après cette évacuation, il ne s'est plus écoulé de sang, et il ne s'en est pas montré pendant les quatorze jours suivans. Sans doute si la plaie n'eût pas été plus grande, ni le membre plus volumineux que chez *Pochard*, la plaie se fût détergée plus vîte; l'épanchement de sang eût été retardé, et la cicatrice se serait fermée avant qu'un nouvel épanchement n'eût été apparent. La ligature du tronc artériel n'a point attaqué la cause du mal chez *Chatrane* plus que chez *Pochard*, et la dissection du membre n'a rien fait connaître sur son siége ou sa nature dans l'un ni dans l'autre cas.

Je renvoie le lecteur au mémoire que j'ai déjà cité, pour comparer ces cas entre eux, et faire entrer ce dernier dans la dissertation générale que j'ai écrite sur cette matière, et qui est d'un intérêt d'autant plus grand, que je ne crois pas que ce sujet ait été traité par personne.

MÉMOIRE

SUR QUELQUES MALADIES

ET VICES DE CONFORMATION DU COEUR.

AVANT-PROPOS.

Il est facile de reconnaître, à la lecture des mémoires que je livre à l'impression, qu'il y a longtemps que je m'occupe à en recueillir les matériaux. J'ai fait et dû faire des ouvertures de cadavres sans nombre, et rarement ai-je manqué d'examiner le cœur, quels qu'aient été la maladie ou le motif principal qui aient déterminé ces ouvertures. J'ai donc rencontré beaucoup de maladies du cœur, de ses membranes et des parties environnantes. Il est résulté de mes observations que, le plus communément, les signes de ces maladies sont équivoques, qu'elles rentrent les unes dans les autres par les symptômes qui semblent les caractériser; que, dans un grand nombre de cas, il existe à la fois plusieurs de ces affections, et qu'il n'est pas possible de dire lesquelles sont les plus anciennes, lesquelles ont été causes ou effets; souvent enfin l'existence d'une maladie organique du cœur ne laisse après la mort aucun vestige, et nous réduit à attribuer à une affection spasmodique générale

ou particulière des symptômes qu'on a reconnu, dans d'autres cas, dépendre d'un vice organique.

Sans doute les personnes de l'art qui ont été pour ainsi dire à l'affût de ces sortes de maladies, qui en ont fait pendant plusieurs années l'objet particulier de leurs recherches et de leurs études, doivent avoir une plus grande expérience et un tact plus sûr pour distinguer, analyser et comparer tous ces symptômes; mais je pense que les cas dans lesquels ils ont rencontré la vérité seraient bien inférieurs en nombre à ceux qui ont offert des illusions ou un équivoque insurmontable, si ces derniers étaient eux-mêmes rassemblés dans un corps d'ouvrage.

Il résulte de ces vérités qu'on ne peut pas trop acquérir d'expérience sur ce point de notre art, comme sur tous les autres. Des observations nouvelles seront toujours utiles, soit qu'elles servent à confirmer les premières, soit qu'elles fassent connaître les illusions, même les erreurs si difficiles à éviter dans ce genre de maladie, soit enfin qu'elles offrent des affections du cœur qui n'auraient point encore été reconnues ou qui seraient échappées à la sagacité des premiers observateurs.

Il restera toujours une vérité triste et décourageante, c'est l'impossibilité d'apporter des secours efficaces à un genre de maladie qu'on ne reconnaît jamais dans son principe, qui ne laisse que des équivoques dans son développement, et qui tient

à un organe toujours en action, et dans une dépendance absolue et réciproque avec tous les organes, toutes les fonctions, tous les mouvemens de l'économie animale, et toutes nos affections morales ou physiques.

Soit que la maladie ait été reconnue ou qu'on la confonde avec celles qui y ont rapport par la nature de leurs symptômes, nous serons toujours bornés à combattre ces symptômes; et il faut convenir que, dans un grand nombre de cas, c'est à cela que se réduit l'art de guérir, sur-tout lorsqu'il a des maladies chroniques à combattre. En effet, quant à l'objet qui nous occupe en ce moment, n'est-il pas évident que nous n'opposons que des palliatifs à l'hydropisie de la plèvre ou du péricarde, aux battemens irréguliers du cœur, soit qu'ils dépendent de la dilatation de ses cavités à sang veineux, ou de celles à sang artériel; soit qu'une ossification des valvules, des excroissances peut-être syphillitiques, ou l'anévrisme des artères, déterminent l'irrégularité de ces pulsations? n'en est-il pas de même des schirrosités, des suppurations de la substance pulmonaire, ainsi que de l'asthme et de toutes ses variétés ou complications? Toutes ces maladies qui ont tant de rapports avec les affections organiques du cœur, comme causes ou comme effets, ne nous obligent-elles pas à borner nos secours au traitement des symptômes et au soulagement des malades?

Sous ce point de vue, la médecine est encore d'une assez grande importance pour solliciter notre application et soutenir notre zèle dans la recherche de la vérité. Ce sont les motifs qui me déterminent à faire connaître quelques unes des observations qui me sont propres sur les maladies du cœur.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Etat d'inertie ou de paralysie des quatre parties du cœur.

Un homme âgé d'environ trente-six ans, Irlandais d'origine, ayant cinq pieds sept à huit pouces de hauteur, était d'une structure athlétique et portait un visage fortement coloré. Son caractère et ses passions étaient en rapport exact avec son organisation. Les veilles et le jeu, les femmes et la bonne chère suffisaient à peine à sa prodigieuse activité.

Entraîné par le torrent révolutionnaire, il avait reçu une mission importante pour Saint-Domingue, sur la fin du règne de Louis XVI. Le système qui suivit immédiatement pénétra presque aussitôt que lui dans le lieu de sa mission, et lui causa la plus violente agitation et les plus affreuses catastrophes. Ramené en France par l'autorité, il fut cité trois fois au tribunal révolutionnaire. On rapporte qu'il ne dut son salut, dans ce triple danger, qu'à la vigueur de son éloquence: sa taille et la

véhémence de son organe mettaient en défaut la lâcheté sanguinaire de ce tribunal.

Un horizon plus heureux s'étant levé sur la France, notre homme chercha à se dédommager de ses malheurs. Des besoins urgens et nombreux soulevèrent son ambition, et il ne fit que changer de tourmens par le défaut de succès auprès d'un gouvernement dont la modération devenait le système, et qui devait éloigner les gens de violent caractère; il jouissait cependant d'un traitement de 12,000 francs qui, étant sans motifs, lui fut enlevé à la mort d'un puissant protecteur qui le lui avait procuré. Ce dernier malheur terrassa notre colosse. Il m'a dit cent fois qu'à l'annonce de cette perte il avait senti un poids énorme sur la poitrine; sa respiration devint fatigante, et les battemens de son cœur prirent une irrégularité qui n'eut plus d'interruption pendant deux ans et demi qu'il survécut à son malheur.

Réduit, pendant ce long espace de temps, à se livrer à la profession de médecin qu'il avait embrassée autrefois, il l'exerçait avec aussi peu d'honneur que de profit; cependant le besoin et le tourment de ressources qui n'étaient ni délicates ni productives, se disputaient les restes d'une existence qui était livrée au découragement, et à une prostration des forces morales et physiques qui formait un contraste étonnant avec l'ancienne vigueur de cet individu.

Le caractère habituel de son pouls était vîtesse, faiblesse et irrégularité; les battemens du cœur ne se faisaient sentir que dans le lieu et la sphère ordinaire de son étendue; tout le système artériel avait la même marche. Le visage était plutôt violet que rouge. L'oppression était le sentiment habituel que la respiration lui faisait éprouver. L'appétit se soutenait, quoique le malade ne mangeât qu'avec indolence. L'amaigrissement, qui n'a jamais été extrême, semblait moins dépendre de la maladie physique que des affections morales. Le malade traîna ainsi son existence pendant deux ans sans accroissement ni diminution de symptômes. Il usait habituellement des antispasmodiques, et avait quelquefois recours à la saignée, qui ne lui a jamais procuré de soulagement; enfin la respiration devenant plus difficile, et les spasmes du cœur insupportables, le malade fut contraint de garder la chambre, puis le lit; les pieds et les jambes enflèrent; aucune position du corps ne soulageait sa respiration; il se déclara un crachement de sang qui procura d'abord du soulagement au malade, et engagea à lui appliquer des sangsues à la poitrine. Ce symptôme se renouvelle bientôt sans le bon effet qui l'avait accompagné; mais les battemens irréguliers du cœur causaient une anxiété voisine de la mort. Enfin cet homme succomba le 23 mai 1806, deux ans et cinq mois après l'événement fatal qui avait déterminé sa maladie.

Si nous examinons avec attention les symptômes que le malade éprouvait, nous serons d'avis qu'il y avait affection spasmodique du cœur, et que c'était la maladie principale. Mais cette maladie semblait peu dangereuse en elle-même, et les symptômes fâcheux qui l'ont accompagnée après un très-long temps paraissaient devoir être attribués à l'affection du poulmon, peut-être à l'hydropisie de la plèvre, ou même à celle du péricarde.

Le spasme du cœur pouvait dépendre lui-même d'un vice dans son organisation. Tout cela était tellement équivoque, qu'on ne pouvait que chercher à calmer les accidens auxquels le malade était en butte. L'ouverture du corps pouvait seule nous éclairer sur la nature du mal, et nous reconnûmes ce qui suit :

A l'extérieur, des échymoses bleuâtres et rougeâtres le long du côté droit du corps et de la face ; peu d'infiltration aux extrémités inférieures, et les traces d'une mucosité sanguinolente sortant par le nez et par la bouche.

La poitrine, frappée à droite, ne résonnait pas et avait une légère œdématie. Du côté gauche, le résonnement de la poitrine était grand et naturel.

A l'ouverture de la poitrine, nous trouvâmes que sa cavité droite contenait environ une pinte et demie d'eau; la gauche, seulement une demi-pinte. Les poulmons étaient sains, non adhérens à la plèvre, de couleur naturelle ; leurs lobes inférieurs

des deux côtés étaient bleuâtres, augmentés de volume, et leurs vaisseaux plus pleins de sang qu'à l'ordinaire. Ces caractères se montraient sur-tout au poulmon droit, qui était plus pesant, sans cependant que l'entrée de l'air y eût été empêchée.

Le cœur, enveloppé de son péricarde, était dans sa situation naturelle. Le péricarde, d'une épaisseur naturelle et sain, sans aucune adhérence à la surface du cœur, et contenant environ quatre onces de sérosité.

Les cavités droites du cœur et les veines-caves plus dilatées que de coutume, sans qu'on fût obligé d'y reconnaître un anévrisme : elles renfermaient une quantité médiocre de sang en caillots ; l'artère pulmonaire parfaitement saine dans toutes ses parties, ainsi que les veines pulmonaires.

L'oreillette gauche, le ventricule, l'artère-aorte et toutes leurs dépendances étaient dans l'état naturel ; seulement l'oreillette et le ventricule contenaient une quantité de sang à peu près égale à celle que le côté droit renfermait.

Mais ce qui était bien évident, et dont je n'avais jamais trouvé d'exemple, c'était l'état d'affaissement de la substance totale du cœur ; les parois des cavités tombaient sur elles-mêmes, et la chair de cet organe pouvait être comparée aux muscles pâles et fanés du cadavre d'une vieille femme : il y avait un contraste étonnant entre la chair du cœur et celle des autres muscles du corps. Je n'hésite pas

à penser que ce cœur avait été frappé d'une espèce de paralysie, et que sa contraction faible, précipitée et irrégulière était l'effet de son action insuffisante pour se débarrasser du sang qui arrivait dans ses diverses capacités.

Il est bien étonnant qu'un pareil vice organique n'eût pas occasioné la dilatation contre nature de toutes les cavités du cœur; qu'il ne s'en soit pas suivi l'engorgement des poulmons, l'hydropisie de la plèvre, du péricarde et même de toute l'habitude du corps: car il faut convenir que ce que nous avons trouvé d'eau épanchée n'était pas en proportion avec la maladie du cœur, et même n'a pas dû causer la mort. Le crachement de sang qui s'est manifesté quelques jours seulement avant cette terminaison, dépendait de la gêne de la respiration, portée au comble.

Je pense, et chacun conviendra avec moi, que la mort est résultée de la paralysie totale du cœur.

Qu'on se rappelle maintenant ce que me dit le malade pendant tout le cours de sa langueur: il avait senti, au moment de l'annonce de la perte de sa pension, un poids énorme sur la poitrine; sa respiration était devenue fatigante, et les battemens de son cœur avaient pris, dans le moment, une irrégularité qui n'a plus eu d'interruption qu'à la mort. L'état d'accablement et de découragement n'avait fait que s'aggraver depuis cette époque.

Les malades frappés d'une affection profonde peignent avec assez de vérité ce qui se passe en eux. Tel sent un poids et une défaillance qui représentent l'inertie du cœur, comme dans le cas dont nous parlons ; un autre dit qu'il a le cœur serré, et exprime très-bien par là la réaction du péricarde sur un cœur dilaté par le sang qui pénètre difficilement la substance pulmonaire ; quelques-uns disent sentir une faiblesse accompagnée de tiraillemens du cœur, dans l'état d'inanition auquel réduit une abstinence qui n'est point allégée par des boissons, ou par un état de maladie, etc., etc.

L'ouverture du ventre nous a encore montré un genre de maladie que les chagrins et la mélancolie déterminent bien communément : la vésicule du fiel, très-dilatée par une bile noirâtre, contenait une vingtaine de concrétions biliaires de volumes différens, la plus grosse avait celui d'une aveline ; le foie était parfaitement sain.

C'est une opinion assez vulgaire que l'on trouve des pierres biliaires dans la vésicule du fiel des personnes qui se suicident. J'ai reconnu ce fait un grand nombre de fois, mais sur des sujets que de longs chagrins avaient portés à se donner la mort, jamais sur ceux qui s'étaient suicidés par suite d'un chagrin ou désespoir subit, tel qu'après des pertes au jeu, ou pour des amours malheureuses. La langueur dans laquelle notre homme a vécu pendant plus de deux ans explique donc la formation des

concrétions trouvées dans la vésicule du fiel.

Aucun autre viscère du ventre n'était malade.

Les fonctions du cerveau n'avaient jamais été troublées; aussi n'avons-nous trouvé aucun vice inhérent à cet organe, ni à ses enveloppes.

L'homme dont nous venons de raconter l'histoire aurait pu, dans le temps de sa vie active et éminemment agitée, être attaqué d'inflammation du cœur : d'où il résulte qu'il a été d'autant plus vivement frappé de la cause débilitante qui a produit sa maladie. Nous allons voir des exemples de cette inflammation du cœur par l'effet de passions et de mouvemens violens.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Inflammation du cœur et autres organes de la poitrine et du ventre, déterminée par la violence des passions et les excès dans le régime.

Toute l'Europe a retenti des talens oratoires autant que du caractère fougueux de Mirabeau. Je suis bien éloigné de vouloir imprimer aucune tache à sa mémoire; mais j'ai besoin de dire un mot de son caractère et de sa conduite intérieure, pour faire connaître leur influence sur la maladie qui lui a causé la mort.

Cabanis, homme de beaucoup d'esprit et très-recommandable, était son intime ami : c'est lui qui l'a assisté dans sa dernière maladie. Il nous en a

laissé une histoire qui fait autant d'honneur à la sagacité de l'auteur, qu'à la tendresse de cœur avec laquelle il parle de son ami (1). Il a surtout l'intention de le disculper de tous les torts dont la renommée le chargeait; et cependant, entraîné par la force de la vérité, il accuse Mirabeau au delà de ce qui est nécessaire pour lui conserver la réputation d'un homme dont les passions étaient exaltées à un degré inconcevable, et que son immoralité portait à se jouer de toutes les opinions, et à les défendre tour à tour lorsque l'intérêt du moment, le désir de briller, ou tout autre motif lui faisaient entreprendre de persuader ce qu'il voulait qu'on adoptât.

Il résultait de ce caractère que Mirabeau n'avait qu'une éloquence factice ou mensongère, et des sensations de commande. Il suppléait à la force que donne l'intime persuasion de la vérité par une force d'organe pulmonaire dont je n'ai jamais vu d'exemple, et par des contorsions des muscles du visage et de toute l'habitude du corps, qui le rendaient hideux à voir à la tribune; en même temps

---

(1) Journal de la maladie et de la mort de Mirabeau l'aîné, avril 1791, par P. J. G. Cabanis, avec cette note. « *Ce journal parut dans la première quinzaine du mois d'avril 1791, quelques jours après la mort de Mirabeau.* » Le style d'exagération qui règne dans ce journal prouve qu'en effet il est le produit d'un premier mouvement du cœur et de l'esprit.

que, suivant mes propres sensations, il ne portait jamais moins la conviction dans l'ame des auditeurs que lorsqu'il faisait le plus d'efforts pour être éloquent.

L'abus qu'il faisait des plaisirs de la table n'était que trop souvent son Apollon; et ce régime, qui lui était habituel, en faisait encore l'homme le plus fougueux auprès des femmes, auxquelles il donnait tout le temps qu'il pouvait arracher à la nécessité de se montrer en public (1).

Mirabeau, nommé président de l'Assemblée constituante le 29 janvier 1791, entra dans une carrière où il devait abuser de ses forces et de ses moyens au-delà de toute mesure. *Il fallut*, dit son panégyriste, *employer des moyens très-actifs et très-prompts pour le mettre en état de terminer sa quinzaine. Il eut des oppressions, des crispa-*

---

(1) *Cependant, parmi une suite de sa vie agitée, et, puisqu'il faut en convenir, par l'effet de nombreuses et graves erreurs de régime, ses entrailles s'étaient affaiblies :* ouvrage cité, page 258.

Il avait tous les goûts passionnés; il ruinait ses forces, mais ne dégradait jamais son cœur, id. page 250.

L'habitude des imprudences prenait tous les jours de nouvelles forces. La constitution dépérissait, l'estomac devenait plus inactif et plus débile, id.

Il faut bien l'avouer, puisque rien d'ailleurs n'est si notoire, personne ne s'est joué de sa santé d'une manière plus imprudente, id. page 148.

tions diaphragmatiques, des malaises douloureux de l'orifice supérieur de l'estomac qui se terminèrent par des déjections bilieuses, ou spontanées, ou provoquées au moyen des eaux de Sedlitz... Les bains les diminuaient quelquefois.

Un jour il éprouva, pour s'être penché précipitamment, de vives angoisses précordiales, au point de tomber presque en faiblesse. Peut-être était-ce déjà l'indice de la maladie du cœur qu'on lui a reconnue après sa mort; mais Cabanis ne s'en occupa pas, *sachant combien ces maladies sont obscures, et combien, lors même qu'elles s'annoncent par des signes constans, palpables, univoques, leur existence est encore problématique, et leur traitement hasardeux. Cependant l'habitude des imprudences prenait toujours de nouvelles forces, et elles se rapprochaient de plus en plus* (1).

A cette époque, Mirabeau eut une première colique que les bains calmèrent, et qui se termina par des évacuations bilieuses. Une seconde prit un caractère spasmodique très-marqué, et finit par exiger un vomitif et quelques purgatifs salins. A la suite de cette colique, le malade fit *un excès de table dans un repas de nuit, et ne s'en tint pas à cette faute déjà si grave.* C'était dans la nuit du samedi au dimanche 27 mars: il eut une colique compliquée d'angoisses inexprimables; malgré toutes

(1) Ouvrage cité.

les représentations qui lui furent faites, il voulut aller à l'Assemblée, où l'on traitait, le lendemain, l'affaire des mines; et il monta jusqu'à cinq fois à la tribune pour enlever par son éloquence une décision favorable à son opinion. Ce fut, suivant l'expression de Cabanis, le chant du cygne.

De retour chez lui, Mirabeau éprouva les douleurs les plus atroces; elles avaient occupé la grande courbure de l'intestin côlon; elles se portèrent avec violence sous l'os sternum, parcoururent toutes les dépendances externes et internes de la poitrine, le diaphragme, la région précordiale, le médiatin, les mamelles, les clavicules. Partout elles causaient l'impression d'une griffe de fer qui serrerait avec force des parties sensibles.

Les anxiétés étaient très-grandes; la respiration tellement gênée, que le malade semblait près d'étouffer. Le visage était gonflé par l'arrêt du sang dans les poulmons, le pouls intermittent et convulsif, les extrémités froides, et le malade faisant de vains efforts pour retenir les plaintes que la douleur lui arrachait. Sa physionomie portait l'empreinte des maladies funestes; jamais aucun malade n'a paru si décidément frappé à mort.

Dans cet état d'inflammation universelle, on fit une saignée du pied, on appliqua de larges vésicatoires au gras des jambes, et des sinapismes très-aiguisés sur tout le bas des extrémités inférieures. Le pouls devint plus régulier, la respiration plus

libre, il y eut une grande sueur. On opposa une émulsion camphrée à l'ardeur d'urine occasionée par les cantarides. Le mercredi au matin, les accidens reparurent, le pouls était vîte et élevé, la tête lourde et douloureuse; les spasmes artériel, précordial et diaphragmatique avaient reparu. On s'en tint à l'usage des délayans simples; bientôt les accidens s'aggravent, le spasme s'étend à toute la poitrine, sur l'omoplate droite, la clavicule et la région du diaphragme. Le pouls redevient intermittent et convulsif. On renouvelle les applications de moutarde et de cantharides; mais elles deviennent insupportables par la douleur, et on les retire. Le teint jaunit, la langue se charge, et on en conclut l'indication d'évacuer la bile par le sel de Sedlitz et le petit-lait. Les accidens semblèrent se calmer; mais, dans la même soirée, ils reparurent tous avec plus ou moins de violence. Vers trois heures du matin, les douleurs recommençaient à déployer la même *férocité;* le pouls avait le même caractère d'intermittence et de convulsion; les étouffemens, les spasmes et tout l'appareil effrayant qui les avaient acsompagnés d'abord, revenaient à grands pas. On répéta la saignée du pied, l'application des sinapismes cantharidés; on irrita les vésicatoires des jambes, et on en appliqua de nouveaux aux deux cuisses; enfin on prescrivit de demi-heure en demi-heure une pilule de six grains de musc, jusqu'à ce que le

malade en eût pris de trente à quarante grains.

Ce nouvel accès dura long-temps, et laissa à la physionomie l'aspect de la mort.

On crut voir dans quelques alternatives de soulagement et d'accès les signes d'une fièvre intermittente maligne, et on tenta l'usage du quinquina; mais les accidens en furent aggravés, et le malade vomit la troisième dose. Cependant la respiration devenait de moment en moment plus mauvaise, les spasmes et les douleurs plus insupportables, et la physionomie plus effrayante. Le résultat d'une consultation avec M. Antoine Petit fut d'appliquer de nouveaux vésicatoires aux bras, et d'administrer un demi-grain de camphre de demi heure en demi-heure. Au bout de six heures, les plaies des vésicatoires furent ventousées et lavées avec l'alcali-volatil, ce qu'on réitéra plusieurs fois. Les douleurs furent portées à un degré qu'il est impossible d'exprimer. Le malade, agonisant, suppliait qu'on lui donnât de l'opium; et, ne pouvant plus se faire entendre, il rassembla ses forces pour écrire : *dormir*. Il fallut paraître céder à ses instances; et, tandis qu'on préparait une potion calmante, il succomba à ses douleurs, le sixième jour de l'invasion de la maladie.

Le tableau que je viens de tracer des symptômes de la maladie de Mirabeau, est extrait, mot pour mot, du rapport fait par Cabanis. Je n'ai point vu moi-même le malade; mais, en recevant tous les

jours des nouvelles particulières, je ne pouvais m'empêcher de reconnaître qu'il s'agissait d'une maladie inflammatoire des plus violentes, et qu'il aurait fallu combattre en répandant à flots le sang du malade. Je ne sais quelle idée son ami s'était formée; quel système d'humeur fixée sur les parties douloureuses il avait adopté, sous le prétexte que le malade avait eu des ophthalmies et des douleurs aiguës affectant souvent les entrailles. Il fait pourtant connaître lui-même dans plusieurs endroits de son rapport, qu'il attribuait les ophthalmies à un vice syphillitique chronique, pour lequel il était sur le point d'administrer un traitement méthodique; et les crises des entrailles, aux excès de tout genre auquel Mirabeau se livrait. Mais il est à remarquer que, dans tout son rapport, Cabanis se donne autant de peine pour se cacher à lui-même la maladie inflammatoire dont il dépeint les symptômes les plus caractéristiques, qu'il s'en donne pour louer et vanter son héros, en même temps qu'il dépeint tout ce que sa conduite et son caractère avaient de vicieux.

Le funeste effet de la prévention du médecin fut que l'on versa sans cesse de l'huile dans le feu. Le corps fut couvert de vésicatoires et de sinapismes, à un point qu'aucun cas de médecine n'a jamais indiqué. On administra intérieurement des purgatifs salins, du camphre, du musc et du quinquina. Il est bon d'observer que ce qui entretenait l'illu-

sion chez le médecin, c'était le bien-être momentané qui avait lieu immédiatement après l'application des irritans extérieurs. Il n'est pas douteux que ces violentes irritations factices devaient suspendre, pour un instant, l'irritation principale; mais celle-ci augmentait ensuite avec violence, proportionnellement à l'addition des causes irritantes; et si on lit le rapport avec attention, on sera convaincu que même ces succès apparens étaient illusoires, et n'étaient aperçus que par Cabanis. On doit dire pour sa justification, qu'il mettait un trop vif intérêt à la santé d'un ami qu'il chérissait avec enthousiasme, pour jouir de la tranquillité d'esprit sans laquelle un médecin ne saurait étudier, observer, ni reconnaître la vérité.

J'ai été chargé de présider à l'ouverture du corps de Mirabeau; mais je puis encore laisser parler Cabanis, qui donne un récit fidèle de ce qui y a été reconnu.

L'estomac, le duodénum, une grande partie du foie, le rein droit, le diaphragme et le péricarde offraient des traces d'inflammation, ou plutôt, à mon avis, de congestion sanguine. Le péricarde contenait une quantité considérable d'une matière épaisse, jaunâtre, opaque. Des coagulations lymphatiques recouvraient toute la surface extérieure du cœur, à l'exception de sa pointe. La cavité de la poitrine contenait une petite quantité d'eau.

Certainement l'état du cœur et l'épanchement dans lequel nageait cet organe, peuvent être regardés comme mortels ; mais je crois que la mort a été déterminée immédiatement par l'affection du diaphragme ; et j'attribue toujours cette affection, ainsi que celle du cœur, à l'humeur rhumatismale, goutteuse, vague, que nous en avions, dès le début, regardée comme la cause.

Cabanis pouvait bien regarder la prétendue humeur goutteuse comme cause de la maladie inflammatoire ; mais elle n'avait pas moins ce caractère au plus haut degré : tous les organes cités étaient enflammés ; on eût dit qu'un poison avait corrodé l'estomac et le duodénum ; et les intestins étaient vides, comme il arrive en pareil cas. Le cœur et le péricarde étaient rouges d'inflammation, indépendamment de l'amas des concrétions lymphatiques qui caractérisent constamment l'inflammation de cet organe : celle du foie, du rein droit et du tissu cellulaire environnant était beaucoup moindre ; mais il est certain que l'état du diaphragme aurait expliqué seul l'atrocité des douleurs auxquelles le malade avait été en proie. Le côté droit de ce muscle était crispé, comme s'il eût conservé, après la mort, l'état de la plus forte contraction.

On conviendra sans peine qu'au lieu d'avoir recours à une cause occulte, pour expliquer une inflammation aussi violente et aussi étendue, il suffi-

sait bien de la vie que Mirabeau avait tenue avant l'invasion de sa dernière maladie; de ses débauches de tout genre, de celle même qu'il fit à la tribune de l'Assemblée, à laquelle il monta cinq fois dans une même séance, et lorsqu'il était déjà gravement atteint de la maladie sous laquelle il a succombé.

La conclusion de Cabanis est bien digne de la chaleur d'imagination qui a dicté son rapport : *J'atteste avec candeur*, dit-il, *qu'en retrouvant la même série de symptômes, je porterais encore le même jugement, et que j'emploierais les mêmes moyens de curation.* Pour moi, je conclus que Cabanis a été le Seïde de sa médecine, et Mirabeau la victime de l'enthousiasme fanatique de son médecin.

Je n'ai point à me reprocher d'avoir donné à l'histoire de la maladie de Mirabeau la haute importance que j'y ai reconnue. C'est un fait des plus importans et des plus instructifs que puisse présenter une maladie de ce genre. J'avais formé le projet, dans le temps même de l'événement, de soumettre le rapport de Cabanis à un examen critique, relatif à l'importance de son objet; mais des considérations d'honnêteté envers un homme aussi recommandable ont arrêté ma plume. Aujourd'hui qu'il a payé le tribut à la nature, et que Mirabeau n'est plus l'objet d'une admiration révolutionnaire, je me rends à l'obligation que j'ai contractée, de faire servir à l'instruction tous les faits

intéressans dont je puis rendre un compte exact et fidèle.

On peut faire un rapprochement assez curieux entre Mirabeau et le sujet de ma première observation. Celui-ci, d'un physique encore plus vigoureux que Mirabeau, n'avait pas à beaucoup près son génie ni la force de son caractère, et il s'est laissé terrasser par un événement contre lequel Mirabeau n'aurait pas manqué de ressource. J'ai déjà observé que cet athlète aurait pu être frappé d'inflammation du genre de celle de Mirabeau dans les circonstances où il a eu à défendre sa vie par la force de son éloquence ; mais il a succombé à une paralysie du cœur, effet d'un profond chagrin. Au contraire, Mirabeau a succombé à la violence de son tempérament, de ses passions et de l'abus qu'il faisait de toutes ses facultés; ce qui ne pouvait produire chez lui qu'un état inflammatoire, qui lui était pour ainsi dire habituel.

TROISIÈME OBSERVATION.

Inflammation du cœur, du péricarde et du poumon du côté gauche, par suite de débauche.

Le fait que je rappelle ici est déjà consigné dans le second volume, pag. 374 de ce recueil de mémoires. Il y est présenté sous le point de vue d'un fait relatif aux rapports et témoignages en justice On y voit que le malade avait reçu un coup de

couteau à la partie supérieure du côté droit de la poitrine, près du sternum; et qu'à l'ouverture du cadavre, j'ai trouvé une inflammation du cœur et du péricarde, avec amas d'une sérosité sanguinolente et de concrétions albumineuses dans la cavité du péricarde. Le poumon du côté gauche était enflammé, et la poitrine du même côté contenait une grande quantité de sérosité rougeâtre. J'attribuai cette maladie aux débauches habituelles du sujet, et particulièrement à celle à laquelle il était livré depuis plusieurs jours sans interruption, à l'époque où il avait été blessé.

Voyez, au lieu cité, les détails de cette observation.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Inflammation du cœur, du poumon, du diaphragme et de plusieurs viscères du ventre, par suite d'un refroidissement excessif.

La fille de M. de L...y, âgée de dix-huit ans, était de la plus forte complexion tant pour la stature, que pour l'embonpoint et la santé. Elle était réglée depuis l'âge de treize ans, et en proportion de sa force constitutionnelle. Cette jeune personne fut emmenée par ses parens en voyage de plaisance. Arrivée à Dieppe par un temps froid, pluvieux, et le vent de mer étant très-fort, elle fut retenue par l'attrait du spectacle de la mer pendant plus d'une heure d'une soirée du mois de septembre, et ayant alors ses règles. Le fris-

son la saisit sur le lieu même, et elle ne quitta que lorsqu'elle ne put plus le supporter.

Arrivée à l'auberge, elle se mit au lit sans pouvoir se réchauffer; la fièvre s'alluma, le ventre et la poitrine devinrent très-douloureux; la malade se plaignit sur-tout d'une grande oppression à la région du cœur; le pouls était dur et tendu.

Les parens n'osant se fier aux personnes de l'art, qu'ils ne connaissaient pas, se contentèrent de faire baigner les jambes de la malade, et de lui administrer une boisson d'infusion pectorale. Cependant un médecin prescrivit l'application des sangsues, qui produisirent un soulagement notable, et inspirèrent une tranquillité funeste. Cet état de soulagement momentané détermina les parens à transporter avec la vîtesse des chevaux de poste la malade à Stain, qui est à trois lieues de Paris.

Le voyage fut de douze heures, et la malade eut la plus grande peine à le supporter, malgré que la voiture fût douce, et qu'on prît toutes les précautions pour en diminuer les secousses.

A son arrivée, la malade souffrait horriblement dans tout le système du ventre et de la poitrine; le pouls était dur, tendu et convulsif. L'oppression de poitrine était extrême, et il y avait des hoquets fréquens et douloureux; on était déjà au cinquième jour de la maladie, et les médecins de Paris se persuadèrent aisément qu'il s'agissait d'une affection spasmodique, plutôt que d'une maladie

inflammatoire, dont la cause leur paraissait éloignée, et qui semblait avoir cédé à l'application des sangsues : le parti que l'on avait pris d'amener l'enfant au voisinage de Paris, éloignait encore l'idée d'une maladie essentiellement aiguë. On se contenta donc de l'application des sangsues à la vulve, et de la prescription des potions calmantes : la malade n'éprouvant pas de soulagement, on appliqua des vésicatoires aux jambes, pendant l'effet desquels elle succomba à l'atrocité des douleurs et autres symptômes analogues dont j'ai déjà parlé, et dont l'invasion datait de huit jours.

Je ne fus appelé que pour l'ouverture du cadavre : ce que j'ai énoncé sur la maladie m'a été raconté par le père de la malade, qui ne l'avait pas quittée.

Je reconnus dans le ventre l'inflammation des deux reins, moindre au côté gauche, de la face inférieure du diaphragme et du péritoine qui le recouvre. Le péritoine couvrant l'estomac, le duodénum et la convexité du foie étaient également enflammés. Le reste des viscères du ventre était sain, et il ne contenait que peu de sérosité rougeâtre.

Dans la poitrine, la plèvre et les poumons étaient sains ; mais l'inflammation du cœur et du péricarde était extrême : sur-tout la substance de l'oreillette droite, du ventricule droit et de l'artère

pulmonaire était enflammée au point d'offrir un contraste remarquable avec le côté gauche du cœur, qui ne partageait pas la maladie à un même degré. Une pinte d'eau sanguinolente distendait le péricarde, et une grande quantité de lymphe coagulée adhérait aux surfaces respectives du cœur et de son enveloppe. Le cerveau et les autres organes étaient sains.

Cette observation présente l'exemple d'une inflammation dont le cœur et le diaphragme étaient le siége principal, mais qui occupait aussi le péritoine sur le foie, l'estomac, le duodénum et les reins. C'était également la maladie de Mirabeau : mais ce qui, chez lui, était l'effet de la violence des passions, et d'abus de toute sorte, avait eu, chez la jeune personne, une cause qui produit habituellement les engorgemens inflammatoires internes. La circonstance de la suppression des règles a déterminé particulièrement l'engorgement du ventre ; mais la cause principale, je veux dire la suppression de la transpiration, a produit l'inflammation du diaphragme et du cœur. J'ai dit que la malade était d'une vigueur extraordinaire pour son âge et son sexe, et il n'est pas douteux que cette constitution n'ait eu la plus grande part à la naissance de cette maladie.

Je ferai encore observer que la malade n'a eu aucun signe bien caractéristique de la maladie du cœur : on pouvait bien plus légitimement soup-

çonner celle du diaphragme ; mais, comme le cœur n'est presque jamais seul le siége de l'inflammation, les signes en sont toujours généraux et communs.

Un phénomène bien remarquable c'est l'inflammation du tissu des parties droites du cœur, et qui était à peine apparente au côté gauche : serait-ce par la communication qui existe entre tous les viscères du ventre et la veine cave inférieure, qui porte le sang de ces viscères immédiatement au côté droit du cœur? et l'état d'intégrité des poumons dépendrait-il de ce que le côté droit du cœur malade ne chassait le sang qu'imparfaitement dans la substance pulmonaire?

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on aurait arrêté les progrès du mal, et peut-être sauvé la malade, si on lui eût pratiqué des saignées copieuses, et provoqué une révulsion salutaire vers la matrice par les sangsues, les demi-bains, les bains de fumigations, et qu'enfin on eût traité la maladie avec l'énergie qu'elle exigeait sur un individu éminemment pléthorique.

L'inflammation du cœur n'a pas toujours autant d'intensité, et semble quelquefois être plutôt une maladie chronique, ou inflammation lente, comme on va le voir dans l'observation suivante.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Inflammation lente du péricarde et du cœur avec adhérence générale des poumons à la plèvre.

Une demoiselle âgée d'environ seize ans, d'une santé délicate, habitant la province où elle avait été élevée, avait été réglée à l'âge de treize ans, et semblait devoir acquérir de la vigueur, si elle ne fut parvenue en un temps assez court à une trop haute stature. A peu près vers sa quinzième année, elle fut en proie à des accidens d'oppression qu'accompagnaient des battemens de cœur irréguliers. On lui fit, à cette occasion, plusieurs saignées qui la soulageaient momentanément. Ces spasmes paraissaient cependant être plutôt nerveux qu'appartenir à la surabondance du sang, dont les évacuations menstruelles se faisaient assez régulièrement.

Sa mère, jugeant que l'éducation que la jeune personne avait reçue dans un château, loin de la capitale, et pendant la violence de la révolution, n'était pas assez dans l'esprit du monde où sa fortune pouvait l'amener, la plaça à Paris dans une pension, où elle devait rester jusqu'à son établissement. Ce nouveau genre de vie contraria beaucoup la jeune personne. Ses compagnes, plus jeunes qu'elle, s'amusaient de son air provincial et de sa grandeur, qui semblait devoir la mettre

hors de pension. Ces contrariétés, et ces petits chocs de l'amour-propre rendirent la demoiselle triste et mélancolique : les spasmes et les oppressions se multiplièrent. Ce ne fut qu'après plusieurs mois qu'on la retira de la pension pour s'occuper sérieusement de sa santé ; mais on ne put vaincre sa mélancolie : les oppressions étaient devenues habituelles, et les pulsations irrégulières du cœur étaient accompagnées de douleur. L'appétit se perdit ; il y eut des vomissemens fréquens ; l'amaigrissement marchait avec rapidité, et l'état général de l'individu annonçait une phthisie, dont la cause ne résidait que dans l'état de mélancolie, dont les battemens irréguliers du cœur semblaient n'être qu'une complication.

J'ai concouru à donner des soins assidus à cette malade pendant les six dernières semaines de sa vie, et j'avoue que je n'ai reconnu chez elle que cet état de morosité et de langueur, effet ou cause de l'affection spasmodique du cœur. Elle est morte enfin sans agonie, ou, si l'on veut, elle a fini de vivre à la manière des pulmoniques ou phthisiques.

A l'examen du cadavre, nous reconnûmes d'abord que la poitrine résonnait parfaitement de l'un et l'autre côté.

L'ouverture de cette capacité nous montra les poumons adhérens de toute part à la plèvre pectorale par un tissu cellulaire filamenteux assez

épais, et blanchâtre dans plusieurs endroits; dans d'autres, plus épais et rougeâtre, quelquefois semblable à une masse lymphatique et lardacée.

Cependant les deux poumons étaient sains, et la poitrine ne contenait point de fluide épanché.

Le cœur était d'un gros volume. Son péricarde avait une très-grande épaisseur, contenait une livre et plus de sérosité sanguinolente. Sa surface interne était couverte d'un coagulum fibreux, comme cela se trouve dans les inflammations du cœur et du péricarde : mais il semblait ici que cette matière lymphatique, concrète, avait été particulièrement fournie par le péricarde : elle y adhérait spécialement, et point ou presque point à la surface du cœur : d'ailleurs, la face interne de la membrane était enflammée, et la surface du cœur ne montrait pas ce caractère.

Le ventre et tous les autres organes étaient dans l'état sain.

On doit être frappé de la différence qui existe entre les circonstances déterminantes et les symptômes de l'inflammation du cœur dans le sujet de cette observation, et ce que nous avons observé dans les faits précédens.

Je vais hasarder sur cela quelques réflexions que l'on prendra pour ce qu'elles vaudront, et qui ameneront peut-être des idées meilleures dans l'esprit du lecteur judicieux.

La jeune fille n'avait jamais éprouvé que de

l'oppression, sans aucun caractère d'affection de la substance pulmonaire : aussi les poumons étaient-ils dans l'état sain ; mais ils adhéraient de toute part à la plèvre pulmonaire, et cette adhérence avait le caractère d'une grande ancienneté. Il est évident qu'elle était l'effet d'une maladie lente et chronique tant de la plèvre pectorale que de la plèvre pulmonaire.

D'autre part, le péricarde, membrane séreuse comme la plèvre, était spécialement affecté de la maladie attribuée au cœur. Nous avons vu que les concrétions lymphatiques adhéraient particulièrement à la face interne du péricarde, et qu'une assez grande quantité d'eau était répandue dans sa cavité. Ces faits n'annonceraient-ils pas que la maladie appartenait d'origine à la plèvre et au péricarde, et que si celui-ci ne s'est pas trouvé adhérent au cœur, ç'a été à cause de la matière concrète interposée entre ces parties.

La cause de cet épanchement aqueux et de la concrétion lymphatique était, sans contredit, l'inflammation du péricarde. Les adhérences générales du poumon à la poitrine mettant un obstacle à la dilatation de cet organe par la respiration, le sang y pénétrait difficilement ; et la difficulté que le cœur éprouvait à s'en débarrasser a été la cause d'une inflammation qui n'a pu qu'être lente et chronique : mais enfin il a dû résulter de cet obstacle toujours croissant une

gêne dans la circulation, qu'on attribuait à une affection spasmodique, et dont l'influence sur toutes les autres fonctions a causé la mort. L'état de langueur et de mélancolie qui semblait être la seule maladie de cette jeune personne, se trouve bien en analogie avec la lenteur de la formation des adhérences, l'influence graduée de ce vice local sur la respiration, sur l'action du cœur, et la maladie du péricarde et du cœur qui paraît en être résultée.

Je le répète, l'explication que je viens de présenter n'est fondée que sur des analogies, et je désire seulement qu'elle fournisse des réflexions utiles.

SIXIÈME OBSERVATION.

Ulcère dans l'intérieur des parois du ventricule droit du cœur.

Un homme âgé d'environ quarante ans était détenu dans les prisons de Bicêtre, où il souffrait de chagrin, d'ennui, et de l'humidité du lieu qu'il habitait. Il fut attaqué, dans le courant de l'année 1786, d'une douleur aiguë à la partie antérieure et latérale gauche de la poitrine. Il y avait gêne de la respiration ; le pouls était dur, plein et tendu. Cet homme fut transporté aux infirmeries, où l'on crut reconnaître en lui les signes d'une pleurésie. Il fut saigné trois fois en quarante-huit

heures, tenu à la diète, et à l'usage d'une boisson pectorale. Les symptômes se calmèrent, et l'on se persuada, dès le sixième ou huitième jour, qu'il ne prolongeait sa convalescence que pour rester à l'infirmerie : il fut donc reconduit dans sa prison. Cependant la douleur de poitrine se renouvela, mais sans caractère de fièvre inflammatoire : le malade passa de nouveau aux infirmeries. On se contenta de le tenir au régime, et les alternatives de bien et de mal qu'il éprouvait déterminèrent enfin à le garder sous les yeux du médecin. On appliqua un vésicatoire sur le point douloureux, mais sans procurer de soulagement notable. Le pouls restait petit, serré, mais sans irrégularité. Les battemens immédiats du cœur n'offraient aucun dérangement, et la maladie aurait pu être regardée comme une douleur rhumatismale, sans l'état d'anxiété interne que le malade ressentait. Enfin il mourut après trois mois ou environ de séjour aux infirmeries. Sa fin ne fut accompagnée d'aucun phénomène extraordinaire, si ce n'est que la douleur locale était telle que sa couverture de lit lui semblait peser trop sur sa poitrine.

J'ai été présent à l'ouverture du corps, et tous les faits ci-dessus m'avaient été rapportés par les élèves en médecine de Bicêtre.

Le péricarde et le cœur ne paraissaient altérés ni dans leur volume, ni dans leur position. L'humeur péricardine était en quantité médiocre, et

telle qu'on la trouve le plus communément chez tous les cadavres. Les poumons et la plèvre étaient généralement sains.

A l'ouverture du ventricule droit du cœur, nous trouvâmes une ulcération de sa substance, répondant à sa partie antérieure. La profondeur de cette ulcération recevait le bout du petit doigt, et était remplie d'un caillot de sang solide, de couleur jaunâtre, et tel qu'on en rencontre dans la plupart des anciens anévrismes. Ce caillot préservait seul le cœur d'une rupture, l'épaisseur de sa substance étant réduite à celle d'une feuille de papier. Deux des colonnes charnues et des cordes tendineuses de la valvule répondant à l'oreillette droite, étaient détruites par l'ulcération, et la portion de la valvule correspondante était flottante dans le ventricule.

Il est certainement impossible de reconnaître dans les circonstances de cette maladie les signes même approximatifs de l'ulcération des parois du ventricule droit du cœur; et quand on aurait pu la soupçonner, l'art serait demeuré dans une inaction absolue sur son traitement. Aucun phénomène particulier n'affectant les mouvemens de l'organe, la douleur, inflammatoire dans le principe, devenue chronique et permanente dans la suite, pouvait appartenir également à une affection goutteuse, rhumatismale, ou à une maladie du péricarde.

L'observation que je viens de rapporter n'est donc propre qu'à faire connaître l'extrême obscurité qui entoure le diagnostic des maladies du cœur. L'art s'en console par l'impossibilité où il serait d'y apporter remède, et réciproquement cette impossibilité est d'autant moins fâcheuse, que nous désespérons de pouvoir jamais saisir le diagnostic.

L'illusion n'est pas moindre pour l'hydropisie du péricarde : on la reconnaît souvent où elle n'existe pas; d'autres fois on ne soupçonne pas son existence, quoique réelle.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Illusion sur l'hydropisie du péricarde.

Jacques René, âgé de vingt ans, natif de la Savoie, et étant à Paris depuis sept mois, se présenta à l'Hôtel-Dieu au mois de février 1803. Les médecins lui reconnurent une maladie du cœur, dont les symptômes étaient une palpitation à la région précordiale, avec ondulation assez manifeste; le pouls était vif, les prunelles dilatées; il y avait douleur à l'estomac, toux fréquente et perte d'appétit. On lui administra un traitement vague et insignifiant, à raison de ce qu'on ne jugeait pas de quelle nature était la maladie, quoique l'on penchât à croire que c'était une hydropisie du péricarde.

Après trois mois de soins infructueux, le malade fut envoyé dans une salle de chirurgie. Je reconnus alors tous les symptômes mentionnés ci-dessus, mais portés à un point extrême, et accompagnés d'un état de faiblesse en contradiction apparente avec la fièvre qui était manifeste. Les palpitations et l'ondulation dans la région précordiale me firent croire qu'il existait en effet hydropisie du péricarde, mais il ne se présentait à moi d'autre indication que de soutenir les forces du malade, qui était dans un état habituel de grande faiblesse.

Le dixième jour des soins que je lui donnais, les parois du ventre s'infiltrèrent, et son côté gauche acquit un gros volume : cependant la respiration n'était point altérée, et les mouvemens alternatifs s'en faisaient assez régulièrement ; mais la faiblesse allait en augmentant.

Le quatorzième jour, il se manifesta une agitation extrême qui nécessita l'emploi d'une potion calmante. L'effet parut en être très-favorable ; mais le bien-être que le malade éprouva était précurseur de la mort, qui arriva dans la nuit.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes les parois du ventre extrêmement infiltrées, une grande quantité de sérosité jaunâtre épanchée dans sa cavité, le péritoine des viscères légèrement phlogosé et adhérent presque partout, mais principalement au péritoine tapissant le diaphragme. Ces dernières

adhérences étaient déjà filamenteuses; aucun viscère n'était malade.

Les deux cavités de la poitrine renfermaient un épanchement de même nature que celui du ventre.

Le cœur et son péricarde étaient dans l'état sain; celui-ci ne contenait que la quantité d'eau ordinaire dans les cadavres.

Le côté droit du cœur était, suivant la coutume, rempli de sang, et peut-être un peu plus dilaté qu'on ne le rencontre communément.

L'oreillette gauche contenait beaucoup de sang; le ventricule et l'artère aorte en étaient vides; enfin nous trouvâmes les valvules tricuspides rétrécies, et d'une dureté presque osseuse.

Les poumons étaient sains et sans adhérences.

Il est évident que tout le désordre des organes était dû à cet endurcissement des valvules tricuspides. Il en devait résulter l'irrégularité des battemens du cœur que les médecins ont constamment reconnue; l'ondulation, qui a pu être illusoire pendant long-temps, s'explique ensuite par l'amas de l'eau dans les cavités pectorales. Un des effets les plus fréquens du trouble de la circulation est, sans contredit, l'anasarque ou l'infiltration séreuse des parties inférieures, et l'épanchement d'eau dans la poitrine, souvent même dans le péricarde; tandis que d'autres fois c'est l'épanchement qui commence et qui devient la cause des maladies du cœur, qui se manifestent par l'irrégularité

de ses battemens. L'embarras est de savoir quelle est la cause, et ce qui est l'effet; et, quand on le saurait, l'un et l'autre resteraient encore irremédiables.

Il est même dangereux d'avoir trop de confiance dans les signes de l'hydropisie du péricarde, et sur-tout de croire qu'elle indique une opération propre à vider l'eau que cette membrane contient.

HUITIÈME ET NEUVIÈME OBSERVATIONS

Du même genre.

Je me souviens d'un cas dans lequel Dessaut crut reconnaître l'existence de cette maladie par les battemens irréguliers du cœur et l'ondulation qui les accompagnait. Il se résolut à faire une incision à la poitrine et à ouvrir le péricarde; il crut en effet l'avoir rencontré, et il s'échappa une assez grande quantité de sérosité roussâtre. Le malade ne survécut que deux jours; et, à l'ouverture du cadavre, on reconnut que le péricarde était intact, qu'il n'était pas le siége de l'hydropisie, et qu'on avait évacué l'eau d'une hydrothorax.

Un second fait de ce genre est venu à ma connaissance dans ces derniers temps. Un chirurgien habile ayant cru reconnaître une hydropisie du péricarde, fit une ouverture au côté gauche de la poitrine vers la région du cœur: il sortit en effet une assez grande quantité de sérosité. La plaie fut

pansée avec une bandelette de linge introduite dans le foyer; l'inflammation se manifesta, et l'écoulement séreux fit bientôt place à une matière puriforme, puis purulente; on sentait à chaque pansement les mouvemens du cœur, qu'on croyait être à nu. La suppuration alla en augmentant, et il s'établit une fièvre lente; le malade s'amaigrit rapidement; il survint un dévoiement colliquatif, et la mort eut lieu environ six semaines après l'opération.

A l'ouverture du corps on reconnut que le péricarde était intact, qu'il n'était pas le siége d'une hydropisie, mais qu'on avait ouvert seulement la poitrine; et les parois du foyer d'où l'eau et le pus s'étaient échappés, offraient l'aspect d'une large surface ulcérée, de laquelle il transsude un pus de mauvaise nature.

Quoique ces deux derniers faits ne soient pas de mon expérience personnelle, j'ai dérogé à mon habitude en les adoptant : ma raison en est qu'étant hors de mes principes de jamais pratiquer l'ouverture de la poitrine ou du péricarde pour cause d'hydropisie, je ne pouvais avoir occasion de rapporter aucun exemple d'erreur sur le diagnostic de la maladie en pareille circonstance (1).

On va voir, dans les observations suivantes, qu'on

---

(1) Ce point de chirurgie est trop important pour que je n'en fasse pas le sujet d'un mémoire particulier.

se trompe aussi très-souvent en ne reconnaissant pas l'existence de l'hydropisie du péricarde.

DIXIÈME OBSERVATION.

Hydropisie méconnue du péricarde.

J'ai été appelé, il y a quelques années, pour faire l'ouverture du corps d'une dame D...nt, morte à l'âge de quarante-deux ans. On m'informa qu'elle était incommodée depuis long-temps d'affections nerveuses qui n'avaient point de caractère particulier; que cependant on l'aurait crue asthmatique ou hydropique de poitrine, si elle n'était morte avec tous les caractères d'une péripneumonie aiguë.

A l'ouverture de la poitrine, nous rencontrâmes le cœur et son péricarde sous un volume considérable. Leur poids les avait entraînés jusqu'à la partie postérieure de la cavité gauche de la poitrine, où ils étaient enveloppés par le poumon aplati, et collé, pour ainsi dire, aux parois de la poitrine avec adhérence intime. La substance pulmonaire était saine, mais tellement comprimée par le cœur, que l'air n'y pénétrait plus, et qu'elle se précipita dans l'eau, où elle fut plongée. La membrane qui enveloppait le poumon était épaisse et dure comme du parchemin. Ce côté gauche de la poitrine contenait environ une pinte de sérosité mêlée de pus. La moitié inférieure du poumon paraissait être le

siége d'une inflammation récente assez intense; ce que je jugeai par sa couleur rouge et sa tuméfaction, dont la solidité ne permettait pas de croire qu'elle dépendît de l'air de la respiration, mais offrait l'apparence d'un véritable phlegmon.

L'ouverture du péricarde évacua environ une pinte de sérosité roussâtre; les surfaces respectives du cœur et du péricarde n'offraient aucune altération.

Le cœur était d'un tiers plus gros que de coutume par la dilatation de ses parois amincies; cependant ce caractère était bien plus marqué à droite que dans les parois des cavités du côté gauche. Les veines caves, l'oreillette et le ventricule droit, ainsi que le tronc de l'artère pulmonaire contenaient une quantité de sang très-considérable et mollement coagulé. Le côté gauche n'en renfermait pas plus que de coutume, quoique ses cavités fussent plus grandes et ses parois plus minces.

Le poumon du côté droit était sain, nullement adhérent; il semblait être d'une plus grande capacité, destinée à suppléer à l'oblitération des vaisseaux aériens du poumon gauche.

Le fait que je viens de décrire est du plus grand intérêt: il donne l'exemple d'une hydropisie du péricarde, qui a dû se former avec une lenteur prodigieuse. Il est en général de la nature de toute hydropisie par épanchement ou enkistée, de se

former lentement, et même le plus souvent sans accidens notables, quand la maladie a lieu dans des régions dont les viscères n'ont pas une influence immédiate sur la vie. C'est ainsi que les femmes portent pendant dix ans une hydropisie enkistée placée sur un ovaire, sans ressentir d'autre incommodité que celle qui résulte du volume du ventre. C'est de cette manière qu'a dû se comporter l'hydropisie du péricarde dont nous venons de parler; et comme la nature s'accoutume peu à peu aux dérangemens des fonctions qui ne s'opèrent que par une marche insensible, on conçoit que cette hydropisie a dû exister depuis un temps assez long pour opérer graduellement la compression du poumon, au point de l'aplatir, de le coller contre les parois de la poitrine, de dessécher sa membrane extérieure, et de rendre sa substance nulle pour la respiration; tandis que le poumon du côté opposé s'est prêté par degrés à une dilatation propre à remplacer, jusqu'à un certain point, le poumon affecté. Mais enfin cette marche favorable a dû avoir ses bornes, et elle a pu amener l'inflammation d'une portion de l'organe pulmonaire.

Les mêmes conditions ont eu lieu par rapport au cœur. Il est d'expérience anatomique que le cœur se dilate inégalement et outre mesure, quand il est entouré d'un fluide qui ne lui oppose qu'une résistance variable et non uniforme comme celle qui dépend du péricarde dans l'état sain.

Le cœur peut s'accoutumer à cette gêne, qui ne s'opère que par degrés; mais, de même que, pour le poumon, cette habitude a ses bornes, et fait place à une gêne de la circulation, qui devient mortelle.

Or, je demande à quels signes le médecin le plus expérimenté, comme le plus attentif, pourra reconnaître l'hydropisie du péricarde dans son principe, et même dans ses progrès, dont la lenteur ferait disparaître les symptômes qui auraient pu caractériser l'origine du mal.

L'irrégularité des battemens du cœur, qui peut dépendre également de l'hydropisie sans dilatation du cœur, ou de cette dilatation sans hydropisie, ne saurait jeter aucune lumière sur le genre de la maladie. L'ondulation elle-même peut en imposer, étant susceptible d'être le produit d'une grande dilatation du ventricule droit, comme de l'amas de l'eau dans la cavité du péricarde.

Enfin nous avons vu précédemment que cette ondulation dépendante de l'hydropisie de poitrine, a été prise pour le produit d'une hydropisie du péricarde.

Nous reviendrons sur cet objet dans un mémoire particulier; il nous suffit en ce moment d'avoir montré l'incertitude du diagnostic de l'hydropisie du péricarde. Le fait suivant en fournira un nouvel exemple.

ONZIÈME OBSERVATION.

Autre cas d'hydropisie méconnue du péricarde.

Cosme Prévot est entré à l'Hôtel-Dieu le 9 mai 1810 pour une maladie inconnue jusqu'alors, et qui lui causait plus d'incommodité que de symptômes alarmans. Ce jeune homme, âgé de vingt-deux ans, était extrêmement contrefait. La torsion de sa colonne vertébrale semblait doubler le volume de sa poitrine, du côté gauche; tandis qu'au contraire la poitrine, du côté droit, était en effet plus spacieuse, à cause de la déviation des vertèbres à gauche.

La gêne de la respiration, l'impossibilité de se coucher autrement que sur son côté gauche, l'enflure du ventre et des extrémités inférieures, enfin l'irrégularité des battemens du pouls, tels étaient les symptômes que ce malade éprouvait, et qu'accompagnait une grande faiblesse avec défaut d'appétit. Je présumai bien qu'il y avait maladie de poitrine; mais on ne sentait même pas les battemens du cœur, et je ne pus saisir aucune indication chez cet homme, qui me semblait dans un état extrême, et qui mourut en effet le 22 mai, treize jours après son entrée à l'hôpital.

La seule chose qui nous frappa à l'ouverture du corps, fut l'énorme volume du cœur, enveloppé

de son péricarde. Ce volume remplissait la cavité gauche de la poitrine. Le poumon de ce côté était réduit à sa moindre épaisseur, adhérent à la poitrine, et ne servant aucunement à la respiration. Le volume du cœur dépendait de l'eau renfermée dans le péricarde. Sa quantité était telle, que je ne fus pas surpris que les battemens du cœur ne se fussent point fait sentir à l'extérieur; et quand on aurait reconnu l'ondulation, elle n'aurait différé en rien de ce qu'aurait présenté l'hydropisie de poitrine. Le cœur ne paraissait ni plus gros ni plus dilaté que de coutume, si ce n'est peut-être au côté droit. Le poumon opposé à la maladie était sain et sans adhérence. C'est ici sans doute le second exemple d'une hydropisie ancienne et chronique comme la précédente.

La formation des concrétions polypeuses dans les cavités du cœur n'est point un événement très-commun par lui-même. Il faut qu'une cause locale ou dépendante du cœur même détermine ces concrétions. C'est ainsi que, sur le sujet de la sixième observation, nous avons trouvé qu'une concrétion semblable à celles qui se trouvent communément dans les tumeurs anévrismales, remplissait la cavité d'une ulcération qui avait usé les parois du ventricule droit, et en avait réduit l'épaisseur à celle d'une membrane vis-à-vis le lieu ulcéré. La concrétion sanguine semblait destinée par la nature à suppléer à la solidité du cœur à cet endroit,

et à en éloigner la rupture, ainsi que cela arrive dans les tumeurs anévrismales.

Dans l'observation suivante, nous allons voir qu'un vice de conformation du ventricule gauche a donné naissance à une vraie concrétion polypeuse.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Polype occasioné par un vice de conformation des valvules tricuspides.

Une femme âgée de vingt-huit ans, d'une constitution très-délicate, s'est présentée à l'Hôtel-Dieu dans le courant du mois de septembre 1808, annonçant les symptômes anciens d'une gêne de la respiration.

Cette femme n'avait été réglée qu'à vingt-deux ans, n'avait jamais eu d'enfant, et avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'époque de sa menstruation. Un an après, elle éprouva un chagrin vif qui donna lieu à une fièvre adynamique, dont les suites la retinrent à l'Hôtel-Dieu pendant six mois. Les règles se dérangèrent, et furent souvent remplacées par des hémorragies nasales ou pulmonaires, qui duraient pendant plusieurs jours.

De ce moment il se manifesta des palpitations accompagnées de difficulté de respirer, sur-tout après une marche ou en montant les escaliers. La malade ne pouvait se coucher que sur le côté gauche. Ces divers symptômes s'aggravaient ou dimi-

nuaient suivant l'état moral ou physique de la malade, et l'obligèrent souvent à chercher du secours dans les hôpitaux, notamment dans le courant de l'année 1808, où elle y fut reçue pour être traitée d'une pleurésie avec crachement de sang.

Le premier octobre suivant, il y avait trois mois que les règles n'avaient paru, et elles avaient été remplacées par plusieurs crachemens de sang. La respiration était plus gênée que de coutume, les palpitations continuelles et plus fortes, la nécessité de se coucher à gauche était irrésistible. Il se manifesta une douleur très-forte à la partie moyenne de la cuisse droite, la douleur se porta au gros orteil du même côté; elle revint à la cuisse, pour se porter de nouveau et se fixer aux trois premiers orteils. Les douleurs ont continué et étaient très-graves. Le 5 et le 6 novembre il s'est manifesté une gangrène sèche aux trois orteils, et les douleurs n'ont fait qu'augmenter. La gangrène s'est fixée à la manière de la gangrène sénile, c'est-à-dire, sans la ligne rouge qui annonce les limites et la séparation d'une gangrène ordinaire. Les symptômes de palpitation, d'étouffement étaient extrêmes; les lèvres d'un bleu livide, et la malade frappée d'un découragement absolu; le pouls était petit, vermiculaire, et d'une étonnante irrégularité.

Il était bien évident que cette femme mourait d'une maladie du cœur; mais quelle était sa na-

ture ? était-elle essentielle, ou l'effet d'une maladie du poumon, dont ce sujet avait eu des atteintes si multipliées? Je ne pouvais asseoir aucun jugement, et il fallut me borner à l'application des sangsues: une légère saignée du bras parut porter du soulagement; des calmans, des pectoraux diminuaient les douleurs ou la toux; enfin cette femme succomba le 29 novembre, et mourut en un seul moment.

A l'ouverture du corps, nous reconnûmes une adhérence générale des poumons à la plèvre pectorale.

Celui du côté gauche était refoulé et comprimé par le volume du cœur. D'ailleurs ils étaient sains, et la poitrine ne contenait pas d'eau épanchée.

Il n'y avait dans le péricarde que la quantité d'eau ordinaire.

L'oreillette, le ventricule droit, le tronc de l'artère pulmonaire étaient dilatés et leurs parois amincies; ils contenaient une très-grande quantité de sang légèrement coagulé. Le sang même s'échappait aisément et en abondance des incisions faites à la substance pulmonaire.

L'oreillette gauche, fortement dilatée, contenait une masse de sang coagulé comme celui qui, dans les anévrismes, avoisine les couches les plus concrétées du sang contenu dans ces tumeurs. Un caillot solide, en grande partie blanchâtre, du volume d'un œuf de poulette, fermait presque

absolument l'embouchure de l'oreillette dans le ventricule gauche, mais n'y adhérait pas. Ce caillot étant enlevé, je pus à peine introduire l'extrémité du petit doigt dans cette ouverture de communication.

Le ventricule gauche fut ouvert suivant la longueur du bord épais du cœur. Une pareille incision a coutume de laisser à droite et à gauche chacune des colonnes charnues qui attachent les valvules du ventricule, et, dans cet état, la portion large de la valvule ferme l'embouchure de l'artère aorte.

Au lieu de cette disposition, je trouvai les deux colonnes charnues fort étroites, et attachées près l'une de l'autre à la paroi postérieure du ventricule. La valvule représentait une espèce de canal long d'un pouce, étroitement ouvert dans l'oreillette, et plus élargi dans le ventricule.

L'embouchure de l'artère aorte était parfaitement libre, et montrait ses trois valvules.

Le tronc de l'artère aorte était d'une capacité moindre que dans l'état ordinaire, et proportionnée à la quantité de sang que pouvait lui fournir l'ouverture étroite de communication entre l'oreillette et le ventricule gauche, et le rétrécissement de cette ouverture dépendant du caillot qui y était appliqué. Cette disposition de l'artère aorte s'étendait dans tout le système artériel, ainsi qu'on peut le voir sur la

portion de l'artère que j'ai fait graver (1).

J'ai cru intéressant de comparer la conformation vicieuse de ce cœur, avec celle qui est ordinaire, et je me suis procuré à cet effet plusieurs cœurs, tirés de sujets que je n'avais pas connus avant leur mort. Ma surprise a été grande de trouver, sur trois, un cœur ayant une disposition analogue à celle du sujet de mon observation. J'ai, en conséquence, fait dessiner ces trois cœurs: le premier, d'une structure ordinaire, et dont le ventricule gauche est ouvert suivant la longueur de son bord. On y voit les colonnes charnues d'un volume à peu près semblable entre elles, l'une attachée à la face antérieure du ventricule, l'autre à sa face postérieure, l'un et l'autre se dirigeant également vers la pointe du cœur. Les cordes tendineuses vont se rendre au bord de la grande valvule, qui cache entièrement l'embouchure de l'artère aorte, et par conséquent ses valvules sygmoïdes. Au-dessus de la valvule de l'oreillette est la grande communication de l'oreillette avec le ventricule, où répond ce qu'on appelle vulgairement le *tendon du cœur*.

Dans la figure 2 on voit le cœur, dont le vice de conformation approche de celui qui est le sujet de mon observation principale. Le ventricule est ouvert comme le précédent. On observe que les

(1) *Voyez* la planche.

deux colonnes charnues sont voisines l'une de l'autre, et fixées à la paroi postérieure du ventricule, assez loin de la pointe du cœur. Entre les deux valvules est l'embouchure étroite, par laquelle le ventricule communique avec l'oreillette, et, au-dessus, la valvule, large d'environ un pouce, et représentant un canal de longueur égale. On voit toute l'étendue de l'embouchure de l'artère aorte et ses trois valvules sygmoïdes.

Enfin, la figure 3 représente le cœur, qui est notre objet principal. Ouvert comme les deux autres, il ne diffère du dernier que parce que les deux colonnes charnues sont plus grêles, attachées plus près l'une de l'autre à la paroi postérieure du ventricule, et plus loin de la pointe du cœur. L'ouverture ronde qui est dans leur intervalle, et qui fait la communication avec l'oreillette, est aussi moindre d'environ un tiers; enfin la valvule représente un canal plus long et plus étroit. On voit également à nu l'embouchure et les valvules de l'artère aorte.

Je n'avais jamais eu connaissance d'un pareil vice de conformation du cœur, quoique, depuis quarante-cinq ans, je sois occupé de travaux anatomiques, autant que qui que ce soit.

Morgagni, dont l'ouvrage immortel contient les observations les plus intéressantes sur toutes les affections contre nature dont le cœur et les gros vaisseaux sont susceptibles, ne dit rien de ce

genre particulier de conformation vicieuse. Il doit paraître d'autant plus étonnant que j'en aie rencontré deux exemples dans le même temps. Quoiqu'il y ait entre eux une différence assez notable, le vice de conformation y est de même nature. N'ayant pas, ainsi que je l'ai déjà dit, vu pendant leur vie, les sujets dont je m'étais procuré les cœurs pour objets de comparaison, n'ayant pas même vu les cadavres dont je les avais fait extraire, il m'est impossible de dire si la conformation vicieuse qu'ils portaient, a influé sur la santé et sur la mort de ces sujets, ou a laissé quelques traces sur leurs cadavres.

Pour ce qui est de la malade dont j'ai raconté l'histoire, tous les symptômes qu'elle éprouvait annonçaient bien une maladie du cœur, mais devaient donner la plus grande incertitude sur sa nature.

Il est évident que la gangrène sèche qui s'est manifestée aux orteils, et que j'avais comparée à une gangrène sénile, en avait tous les caractères, puisqu'elle dépendait de ce que le sang n'arrivait pas aux extrémités du corps en assez grande quantité, ou avec assez d'énergie pour y entretenir la circulation et la vie.

Je ne connais de bien constatés, en fait de polypes trouvés dans les cavités du cœur, que ceux dont il y a une cause visible et palpable, tels que l'ulcération de la substance du cœur, le vice

de conformation dont je viens de parler, et quelques autres cas analogues : par exemple, une grande dilatation anévrismale de la partie du cœur correspondante au polype.

Dans presque tous les autres cas, ce ne sont que des concrétions opérées après la mort, ou pendant les derniers momens de la vie. Ces concrétions sont plus ou moins solides ; elles contiennent encore la partie colorante du sang, ou en ont été abandonnées suivant des circonstances impossibles à apprécier. Souvent elles se prolongent, soit dans les veines caves, soit dans le tronc et les premières divisions de l'artère pulmonaire ; mais, dans tous les cas, elles sont faciles à connaître, et ont été souvent rencontrées par les anatomistes attentifs.

Il faut mettre au nombre de ces concrétions prétendues polypeuses la plupart des cas nombreux rapportés par Morgagni, dans lesquels on reconnaît évidemment le coagulum d'un sang soustrait au mouvement de la circulation et à la chaleur. L'observation suivante que j'extrais de mes notes, qui en renferment beaucoup de semblables, est du même genre et servira de modèle.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Fausses concrétions polypeuses trouvées dans le ventricule droit du cœur dilaté outre mesure.

Une femme âgée d'environ trente-six ans était sujette, depuis dix à douze ans, à une palpitation

continuelle qui rendait son pouls vermiculaire et très-souvent insensible. La respiration était alors fort gênée. Environ un mois avant sa mort, les accidens devinrent plus graves ; il y eut fièvre avec redoublement, défaut d'appétit, langue chargée, étouffement, et froid des extrémités. On appliqua des sangsues, on fit une saignée du bras, et on ordonna quelques légers purgatifs qui, avec une diète convenable, parurent soulager la malade ; mais l'état de palpitation du cœur subsistait, et la malade succomba. Les médecins avaient annoncé, avec beaucoup de vraisemblance, qu'il y avait un polype au cœur. L'influence des irrégularités du mouvement du cœur sur les pulsations artérielles, aurait même pu faire ajouter que le polype occupait le ventricule gauche ; mais on pouvait tout aussi bien annoncer toute autre affection du cœur, tels que l'anévrisme, l'ossification, ou quelques maladies des valuvles, ou même une simple affection spasmodique.

A l'ouverture du corps on trouva les viscères du ventre sains, à cela près du grand lobe du foie, qui était bien plus volumineux que de coutume, plein de sang, et en partie schirreux.

Le côté droit de la poitrine renfermait environ une pinte de fluide jaunâtre ; le poumon était sain, mais il parut plus gros que de coutume, et rempli de sang, ainsi que les gros vaisseaux correspondans.

Le péricarde ne contenait que la quantité ordinaire de liquide ; mais le cœur était d'un volume considérable, sur-tout le ventricule droit, qui renfermait une concrétion *polypeuse*, d'une couleur de gelée de pomme : son volume excédait celui d'un œuf de poule, et avait assez de consistance.

Je ne vois dans cette narration autre chose qu'une dilatation de la portion droite du cœur occasionée par la gêne habituelle de la respiration : un caillot proportionné à la quantité de sang veineux a dû s'accumuler dans le côté droit du cœur après la mort, en proportion de l'étendue de sa capacité, et de la faiblesse avec laquelle il devait chasser le sang dans la substance pulmonaire.

Il était possible que, pendant la vie, le ventricule droit du cœur ne se débarrassât jamais de tout le sang qu'il recevait; mais alors la nouvelle quantité de sang qui abordait dans le ventricule entretenait nécessairement la fluidité de celui qui y était resté : ce qui aurait suffi pour en empêcher la concrétion. Cette même cause a dû l'amasser en grande quantité pendant les derniers instans de la vie, et donner naissance à une coagulation d'un volume proportionné.

Au reste, Morgagni et tous les observateurs, ainsi que les médecins modernes, reconnaissent si souvent des concrétions polypeuses dans le ventricule droit du cœur, auxquelles ils attribuent la

mort des sujets dont ils n'ont pas connu les maladies, qu'il faut bien admettre qu'il en existe quelquefois, ne serait-ce que pour ne pas enlever une cause de mort facile à substituer à celles qu'on ne rencontre pas dans les cadavres où on les cherchait.

Je termine ici mes observations sur les maladies du cœur; mais je me propose de les étudier sans relâche, et d'y revenir dans la suite de mon travail, si je rencontre quelque chose d'utile à ajouter à ce que je viens d'écrire.

MÉMOIRE

SUR L'AMPUTATION DES MEMBRES.

La dernière ressource de notre art dans les maladies qui ne sont point susceptibles de guérison, et dont cependant la présence compromet gravement la santé et la vie des malades, est l'amputation.

Lorsque le mal est de nature à pouvoir être extirpé seul, nous sommes trop heureux de pouvoir conserver l'intégrité des organes, et de ne laisser après les opérations que des cicatrices plus ou moins incommodes ou difformes, et qui nuisent pendant long-temps à la liberté des mouvemens, ou entretiennent un foyer de douleur ou de sensibilité dans la partie qui a été le siége de l'opération.

Mais il existe un trop grand nombre de cas dans lesquels des maladies incurables de leur nature occupent l'épaisseur des membres, leurs diverses articulations, ou sont d'une gravité si urgente, qu'il est indiqué de prendre en un moment le parti le plus rigoureux, mais en même temps le plus sûr, celui d'amputer le membre lui-même.

Ce moyen extrême non seulement établit un état de mutilation irréparable, mais il a aussi ses

dangers, et beaucoup de malades ne sont soustraits à leur première maladie que pour succomber aux moyens que l'art et l'humanité préparaient en leur faveur. Il en résulte que l'on ne doit jamais se décider à pratiquer l'amputation d'un membre que lorsqu'on a épuisé les ressources de l'art et de la nature pour la guérison de la maladie principale ; qu'il faut, de plus, avoir une grande probabilité qu'au moins la maladie sera extirpée toute entière par l'amputation, et ne sera pas sujette à récidive : il faut aussi s'assurer que l'opération n'est point au-dessus des forces du malade; enfin que la maladie principale n'est pas supportable sans compromettre la santé ou même la vie du sujet, et il ne faut pas que le remède soit pire que la maladie à laquelle on l'oppose.

Lorsqu'on a bien approfondi toutes ces considérations, et qu'il est évident que l'amputation est le meilleur parti à prendre, il faut s'y décider avec courage, et ne point en compromettre l'heureux événement par des retards ou une hésitation qui seraient dictés par une fausse pitié. Il reste alors à réunir toutes les circonstances propres à diminuer le danger et les inconvéniens de l'opération.

Il n'entre pas dans mon projet de traiter des causes qui exigent l'amputation des membres. Je ne veux que parler des procédés opératoires, pour signaler les inconvéniens de celui qui semble être adopté aujourd'hui par prédilection.

On pratiquait, il y a quarante ans, l'amputation des membres d'une manière simple en apparence, et uniforme pour tous. Le procédé consistait à couper d'un seul trait toute l'épaisseur des parties molles jusqu'aux os, et à scier ceux-ci au niveau de la section perpendiculaire des tégumens et des muscles. On liait ensuite les artères principales par le moyen d'aiguilles courbes, et l'on comprenait plus ou moins de parties molles dans ces ligatures. Cela fait, on couvrait la plaie de tampons de charpie successivement appliqués, que l'on trempait souvent dans la colophane, ou que l'on faisait précéder de l'application de morceaux d'agaric de chêne ; le tout était couvert d'un gâteau de charpie, d'une compresse en croix de Malte, de compresses longues et étroites qui se croisaient à la surface du moignon, et maintenu par le bandage appelé la *capeline*, et dont la longueur de la bande était telle, qu'elle passait et repassait plusieurs fois autour et à la surface du moignon. Personne n'a plus vu que moi les inconvéniens de ce procédé opératoire. Le plus grand de tous était une rétraction successive et graduée des tégumens et des muscles, telle que le moignon représentait un cône dont la peau entourait la base, et le sommet était formé par le bout de l'os. La grande surface de cette plaie produisait une suppuration dont l'abondance et la longue durée étaient souvent funestes aux malades. L'ex-

trémité de l'os se dénudait communément dans un pouce de longueur ou deux, et il fallait en attendre l'exfoliation pendant long-temps ; enfin, la peau ne pouvant s'alonger assez pour venir couvrir le sommet du cône, une partie de la cicatrice se faisait par dessiccation, comme il arrive aux plaies ou ulcères avec perte de substance, et non seulement exigeait un long temps pour sa perfection, mais encore était exposée à des déchirures fréquentes, et à des ulcérations interminables. Le même événement tourmentait les malades, quand ils commençaient à faire usage d'une jambe de bois, ou pour peu qu'ils se heurtassent le moignon par accident. Dans les cas les plus simples, ou lorsqu'il ne survenait aucun accident extraordinaire, les plaies étaient six ou huit mois à guérir, et il ne fallait pas moins de temps pour assurer la consolidation de la cicatrice.

Jean-Louis Petit paraît avoir apporté le premier des modifications utiles à ce procédé opératoire : la principale était de commencer par couper la peau circulairement, la détacher de la surface des chairs dans environ un pouce de largeur, et, après l'avoir relevée, couper les chairs au niveau de la peau et jusqu'à l'os ; enfin scier l'os en relevant fortement les chairs par le moyen d'une compresse fendue. Petit assure que la rétraction des chairs se faisant au-dedans de la peau, celle-ci vient aisément recouvrir le moignon, et que l'os

étant scié au niveau des chairs retirées par la compresse fendue, n'est pas même soumis à la vue, et n'est pas exposé à la nécessité de l'exfoliation.

Cependant J.-L. Petit pansait la plaie de l'amputation suivant la manière ancienne ; il appliquait de petites compresses sur les ligatures, sur les bouts d'os; il couvrait la plaie immédiatement de beaucoup de charpie, et enveloppait le moignon de compresses et d'une bande appliquée comme nous l'avons décrit plus haut.

Il devait donc arriver, comme dans les cas ordinaires, une grande suppuration et de longue durée; l'exfoliation des os devenait le plus communément inévitable, et le seul avantage que Petit se procurait était de retrouver, dans la formation de la cicatrice, une abondance de peau propre à fournir et consolider cette cicatrice : et c'est sur quoi Petit insistait particulièrement.

Il se plaint que les praticiens de son temps négligeaient d'adopter sa méthode sans donner des raisons valables de ce refus : il est probable, d'après ce que nous venons de dire, qu'ils n'y reconnaissaient pas d'avantages assez grands pour les décider à abandonner leur routine. Moreau, mort il y a trente ans, avait toujours exécuté la méthode ancienne; et c'est là que j'en ai connu tous les inconvéniens.

Cependant l'Académie royale de chirurgie s'oc-

cupa de cet objet important, et M. Louis est le premier qui ait établi un procédé méthodique pour l'amputation des membres. A cet effet, il a recherché la cause véritable de la forme conique du moignon et de la dénudation de l'os. Cette cause étant la rétraction des muscles, il a cru que c'était sur ces organes et non sur la peau, qu'il fallait agir pour empêcher cette dénudation; et comme les muscles d'un même membre se rétractent à des degrés différens, M. Louis a établi le principe de laisser la totalité des muscles se rétracter librement après leur section transversale, portée jusqu'à l'os, et de couper de nouveau les muscles les moins rétractés. Il a observé que, par ce procédé exécuté sur la cuisse, on retranchait un pouce de longueur de l'os de plus que dans le procédé ordinaire.

Le bras étant à peu près disposé comme la cuisse, le procédé opératoire doit être le même.

Il n'en est pas ainsi de l'avant-bras et de la jambe. Les muscles de ces membres sont entourés de fortes aponévroses, et attachées sur toute la longueur des os : d'où il résulte que leur section transversale n'est pas suivie d'une rétraction notable. Alors le procédé opératoire doit être différent, et c'est le cas de se dédommager sur la peau de ce que l'on ne peut gagner sur les muscles. En effet, M. Louis avait blâmé Jean-Louis Petit d'avoir cru qu'en ménageant la lon-

gueur des tégumens il diminuait la tendance du moignon à la forme conique, et de l'os à la dénudation. Suivant M. Louis, la première cicatrice se faisant de la peau à la base du moignon charnue, cette peau ménagée ne devait servir à rien pour le but auquel on la destinait. L'objection de M. Louis était sans réplique, et c'est apparemment pourquoi personne ne témoignait d'empressement pour opérer à la manière de Petit. A quoi pouvait en effet servir la portion de peau conservée, lorsqu'on tamponait et couvrait la plaie de charpie, comme dans l'ancienne méthode?

Cependant, comme nous l'avons dit, M. Louis trouvait nécessaire de conserver une grande portion de peau dans l'amputation de la jambe et de l'avant-bras, tant à cause que les muscles de ces parties ne se rétractent pas, que parce que leur tissu cellulaire sous-cutané étant maigre et peu abondant, ne dispose pas les tégumens à s'alonger convenablement pour venir couvrir les chairs du moignon.

M. Louis s'était apercu que le procédé opératoire qu'il conseillait ne donnait pas toujours le résultat qu'il en attendait, parce qu'en effet il n'avait pas calculé toutes les causes qui concourent à la rétraction des muscles, et il n'avait observé que celle qui a lieu dans le moment de l'opération. Mais beaucoup de causes entretiennent et sollicitent une tendance à la rétraction

secondaire des muscles et de la peau. Le malade qui a subi l'amputation meut souvent son membre indiscrètement, et contracte les muscles blessés : cette contraction peut se faire dans le cours des pansemens, tandis que l'appareil ne retient pas les parties. La position du moignon fléchi ou étendu sur le bassin concourt encore à cette rétraction : elle est souvent sollicitée par des mouvemens involontaires, spasmodiques, ou même convulsifs. La maigreur du sujet, son amaigrissement dans le traitement, l'abondance de la suppuration, quelquefois la gangrène du tissu cellulaire sont autant de causes qui, en isolant les muscles, ajoutent à leur rétraction; enfin, dans beaucoup de cas, l'expérience démontre que la pesanteur des chairs les entraîne vers le bassin, même malgré l'appareil employé pour soutenir leur masse, et qui ne pouvait produire cet effet qu'en exerçant sur le moignon une compression dangereuse.

Ce sont sans doute ces causes réunies, quoique non analysées par M. Louis, qui l'ont déterminé à joindre à son procédé opératoire l'application d'un appareil ingénieusement imaginé pour contenir les parties et s'opposer à leur rétraction. Une bande suffisamment longue, et avec laquelle on commence à faire plusieurs circulaires autour du bassin, est appliquée autour du moignon, de sa base vers le sommet, et jusqu'à deux travers de

doigt de la plaie. Plusieurs bandelettes de linge, chacune fendues à plusieurs chefs, sont placées en opposition sur les deux faces du moignon, et attachées à la bande circulaire : puis les chefs en sont portés alternativement par-dessus les bords de la plaie, et, tirés en sens contraire, ils produisent l'effet d'un bandage unissant. Le tout est soutenu par une nouvelle bande, placée autour du moignon. Mais une chose bien remarquable, c'est qu'avant d'employer ce bandage unissant, M. Louis veut que la plaie soit couverte de charpie mise par-dessus les petites pelottes de linge placées sur les ligatures, etc. Il est donc évident que M. Louis ne se proposait que de conserver l'avantage de son opération, pour accélérer la guérison, en empêchant la forme conique du moignon et la dénudation de l'os, et qu'il n'avait pas l'intention de panser la plaie comme si elle était simple, et qu'il voulût en obtenir la guérison sans suppuration, et, comme l'on dit, par première intention.

Ce travail de M. Louis est admirable. Il a posé les limites de l'art sur cette matière, et je suis bien convaincu qu'en méditant ses mémoires, on y trouvera les meilleurs procédés de l'amputation des membres, avec les variétés relatives aux différens membres déduites des mêmes principes.

Avant que l'art n'eût dû ces progrès à la sagacité de M. Louis, plusieurs chirurgiens célèbres

de diverses nations avaient imaginé de pratiquer l'amputation des membres en coupant les parties molles par lambeaux. On allait scier les os à la base de ces lambeaux ; ils étaient ensuite mis en contact entre eux, ou avec la base de la plaie et la surface des os sciés. C'est dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, et les sources particulières qui y sont citées, qu'il faut aller chercher l'histoire de ces diverses inventions. Elles ne valent pas la peine que j'en grossisse mon travail. Je n'ai même raconté les idées de M. Louis, qu'à cause de leur importance, et l'on fera bien également de les lire dans les mémoires cités.

Je dirai seulement que, dans tous les projets d'amputer les membres par lambeaux, on a eu pour but d'obtenir une cicatrice immédiate et sans suppuration, de ménager un coussin de parties molles qui rendît moins douloureuse la pression du moignon sur une jambe artificielle. On a cru qu'on éviterait les suppurations abondantes et même gangréneuses, si fréquentes après les amputations, et jusqu'aux douleurs sympathiques qui les suivent si communément ; que même l'opération serait moins douloureuse, et d'une plus facile exécution : mais surtout on a pensé que le rapprochement et le contact exact des lambeaux suffiraient pour arrêter le sang, et dispenseraient de faire la ligature des vaisseaux.

Aucun de ces avantages ne se sont constatés.

Beaucoup de malades ont eu des hémorragies mortelles, et le défaut de réunion des lambeaux a fait place chez d'autres à des suppurations abondantes et accompagnées de sinus et de clopiers.

C'est cependant de la réunion du procédé de Petit, consistant à ménager la peau, et des tentatives faites pour obtenir, par son rapprochement sur le moignon, une cicatrice sans suppuration ou approchant le plus près possible de cette condition, qu'est composé un procédé opératoire que nos jeunes chirurgiens cherchent à mettre en vogue. Voici en quoi il consiste. Le tourniquet ou le garot étant placé convenablement, un aide embrasse la cuisse avec ses deux mains, et en fait remonter la peau le plus qu'il est possible, la jambe étant dans l'extension. Le chirurgien fait, avec un couteau droit, l'incision circulaire de la peau, laquelle cède et remonte beaucoup davantage après cette section. On coupe alors avec le même couteau le tissu cellulaire qui retiendrait la peau, e l'on parvient ainsi à la faire remonter de plus d'un pouce quand la maigreur du sujet se prête à l'alongement du tissu cellulaire. Dans le cas contraire, ou lorsqu'on craint de n'avoir pas donné assez de largeur au lambeau, on le saisit avec les doigts, et on le dissèque dans toute la circonférence du moignon. Alors la peau peut être renversée sur elle-même ; on coupe les chairs au niveau de ce renversement et jusqu'à l'os : cette sec-

tion est suivie d'une rétraction proportionnée à l'état de chaque muscle. On applique une compresse fendue au niveau des chairs les plus remontées, on fait une nouvelle section, au niveau de laquelle l'os lui-même est retranché. On continue par la ligature des troncs artériels et de toutes les branches qui fournissent visiblement du sang, même celles qui se distribuent dans l'épaisseur des muscles. On laisse la plaie assez long-temps à nu, pour s'assurer que les ligatures sont suffisantes ; et quelquefois elles sont multipliées jusqu'à huit ou dix.

Cela fait, on rabat les tégumens sur la surface du moignon, en laissant les muscles libres de se rétracter, et la partie flottante des tégumens n'offre plus qu'une plaie transversale d'un côté à l'autre, ou de devant en arrière, suivant la direction à laquelle on croit devoir donner la préférence. On applique des emplâtres agglutinatifs, qui ont le double effet de tenir les deux bords de la plaie rapprochés l'un de l'autre, et de presser le lambeau sur la surface du moignon charnu. Enfin, on entasse méthodiquement de la charpie à toute la circonférence du moignon et sur sa surface, puis on applique des compresses longues et étroites, que l'on soutient par la capeline, comme dans les cas ordinaires.

J'ai décrit ce procédé opératoire suivant toute la perfection dont il est susceptible, et à laquelle

on ne parvient pas toujours : mais les inconvéniens graves qu'il entraîne n'en ressortiront que davantage, et c'est sur l'expérience que je vais les établir.

Je ne m'appesentirai pas sur la longueur et la douleur qui résultent de la dissection du lambeau circulaire de la peau : c'est sans doute un inconvénient pour le moment de l'opération, mais dont le malade doit retirer, par la suite, un avantage réel; car je n'adopte pas l'opinion de M. Louis, qui, sous le prétexte que la peau se cicatrise la première autour de la base du moignon, et devient par là incapable de le recouvrir à l'avenir, prétend que la précaution de ménager la peau est au moins inutile. Je pense au contraire que, même lorsqu'il a fallu se soumettre à la nécessité d'une suppuration long-temps continuée, le lambeau de peau devient toujours très-utile, soit pour hâter la cicatrice, soit pour assurer sa solidité.

Mais dans les sujets maigres, cette longueur de peau est surabondante et nuisible ; il n'est pas rare qu'on ne parvienne pas à en mettre les bords de niveau. Ils chevauchent l'un sur l'autre, ou si on les reporte en arrière pour obtenir leur rapprochement, il reste un vide entre les tégumens et les chairs, qui concourt aux accidens dont je parlerai bientôt. Enfin, cette peau maigre, amincie par la dissection, presse douloureusement sur le bout de l'os, ou perd totalement son ressort par la pression que l'appareil lui fait subir.

Les inconvéniens sont beaucoup moindres lorsque la peau couvre un tissu cellulaire en embonpoint, et, par conséquent, conserve une grande épaisseur. On ne risque rien alors d'en ménager beaucoup; elle se rétracte suffisamment pour qu'on puisse établir le niveau des deux bords factices de la plaie ; mais souvent on tombe dans l'inconvénient opposé. Le lambeau de peau se rétracte au point de devenir insuffisant, et on ne peut réussir à en établir le niveau que par le tiraillement de son tissu, et à l'aide d'une forte pression sur le moignon.

Il n'est pas indifférent de donner au rapprochement de la peau une direction dans un sens ou dans l'autre : tous les deux ont de graves incouvéniens. Si la peau est rapprochée dans le sens des faces externe et interne de la cuisse, l'aponévrose qui répond en dehors, rend ce rapprochement difficile, et l'abondance du tissu cellulaire graisseux empêche intérieurement le contact exact de la peau avec la surface du moignon; ce qui détermine des accidens que nous déduirons bientôt, après avoir parlé d'autres causes qui concourent encore à les produire.

Si au contraire on fait le rapprochement de la peau antérieure et de la postérieure, elle appuie immédiatement sur le bout de l'os ; ce qui cause de la douleur, de l'irritation, et s'oppose à la réunion immédiate.

Lorsque l'on manque son but, c'est-à-dire quand il arrive suppuration, on est exposé à de graves accidens par la rétention du pus dans la plaie et son infiltration le long du trajet des vaisseaux, l'un et l'autre occasionés par les emplâtres agglutinatifs qui contiennent les bords de la peau en contact.

Tous les accidens dont je viens de parler ne sont pas inévitables : on parvient même à y remédier lorsqu'ils se présentent, et on en est quitte pour que la plaie rentre dans l'ordre de celles qui résultent de l'amputation faite suivant les principes de M. Louis. J'ai vu une femme âgée d'environ quarante ans guérir dans l'espace de vingt jours, mais elle était dans les circonstances les plus favorables : l'embonpoint de la cuisse recouvrait des chairs élastiques et peu volumineuses. Le lambeau de peau s'est trouvé dans les meilleures dimensions, et l'on n'avait rien négligé pour la perfection du procédé opératoire.

Une autre fois, j'ai réussi moi-même à un point tel, que la peau s'étant cicatrisée avec la surface des chairs, il n'est resté qu'une plaie de la grandeur d'un ovale pris dans un écu de six livres, et je n'ai jamais vu l'os, qui n'a par conséquent subi qu'une exfoliation insensible.

Mais il me reste à parler de l'accident le plus grave, qui résulte trop souvent du procédé opératoire dont je m'occupe : c'est l'hémorragie.

Nous avons dit plus haut, et on verra en lisant l'hisioire des amputations faites à lambeaux, dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie, que l'inconvénient le plus fâcheux qui résultait de cette méthode était l'hémorragie. On s'était flatté que le rapprochement des lambeaux suffirait pour se rendre maître du sang des plus grosses comme des moindres artères. On fut bientôt désabusé, et plusieurs praticiens se décidèrent à lier les vaisseaux principaux, avant de mettre les lambeaux de la plaie en contact.

Dans la nouvelle méthode d'opérer qui nous occupe, non seulement on lie les vaisseaux principaux, mais même les ligatures sont très-multipliées; et cependant il arrive communément hémorragie. Cette hémorragie n'est pas abondante, elle ne ressemble pas à celle qui se ferait par un tronc artériel : elle n'a lieu que par les moindres vaisseaux artériels ou veineux qui n'ont point été aperçus dans le moment de l'opération : il est important de faire connaître les différentes causes qui occasionnent cette effusion de sang.

1° Il est facile de concevoir que, lorsqu'on a lié les vaisseaux principaux d'un membre, le sang qui abonde jusqu'aux ligatures, reflue dans les moindres vaisseaux et les dilate. On sait que c'est par ce mécanisme que la circulation se conserve dans un membre dont on a lié le tronc artériel principal, et nous avons vu des cas dans lesquels l'ar-

tère fémorale s'est trouvée oblitérée jusqu'à la division de la poplitée en tibiales et péronière, sans que le membre n'ait perdu la vie ni sa chaleur : mais il est évident que ce reflux du sang se fera bien davantage dans les vaisseaux profonds et qui répondent à la surface du moignon, par l'effet d'un appareil qui entoure la cuisse et dont la compression est proportionnée au désir que l'on a de s'opposer à la rétraction des muscles. L'effet de cet appareil est tel que, lorsqu'on l'enlève pour chercher la source d'une hémorragie, le sang cesse de s'écouler, et son effusion recommence lorsque l'appareil est appliqué de nouveau.

Une seconde cause de l'hémorragie doit être la rétraction successive des muscles, qui tendent à éloigner la surface du moignon du lambeau de peau qui la couvre. Cette rétraction est inévitable et se conçoit aisément ; mais elle devient bien plus considérable par la pression que le garot ou le tourniquet exerçait sur le membre pendant l'opération, ou par celle qu'opérait l'aide chargé d'embrasser le membre entre les deux mains pour faire remonter les parties molles pendant les différentes sections, et pour les reporter dans le sens contraire, lorsque l'on s'occupe du rapprochement des lambeaux et de l'application de l'appareil. Nous avons déjà dit beaucoup de fois que les muscles d'un membre se rétractent à des degrés très-différens, et que l'effet de cette rétraction est surtout bien marqué pour

les muscles qui sont entourés d'un tissu cellulaire lâche et abondant. C'est ainsi qu'à la partie interne de la cuisse les muscles demi-nerveux, demi-membraneux, grêle interne, et la longue portion du biceps, non seulement s'attachent aux seuls os du bassin, mais encore sont entourés d'une très-grande quantité de tissu cellulaire destiné à remplir leurs intervalles. Ce tissu cellulaire communique encore avec celui qui entoure les gros vaisseaux : d'où il résulte une telle rétraction totale, que l'on aperçoit sur le moignon de l'amputation une cavité profonde à l'endroit où ces muscles répondent. J'en ai souvent conclu la nécessité de couper les muscles beaucoup plus bas à cet endroit que dans le reste de la circonférence de la cuisse : mais on conçoit que, malgré tous les moyens que l'on mettra en usage pour appliquer le lambeau de peau sur la surface du moignon et l'y tenir comprimé, le rapprochement manquera à cet endroit, et que l'effusion de sang y sera d'autant plus considérable, que les vaisseaux du moindre calibre sont plus abondans dans le tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux principaux. Pour peu que le sang s'épanche dans cet endroit, il s'infiltre dans le tissu cellulaire, ainsi qu'on le verra dans les observations qui prouveront la théorie que j'énonce ici, et qui est fondée sur elles.

Il résulte de toutes ces circonstances qu'en effet l'application du lambeau de peau à la sur-

face du moignon n'est pas suffisante pour empêcher l'effusion du sang; et cependant il doit s'en répandre beaucoup, si l'on juge par la quantité qui s'en échappe de la plus petite plaie ordinaire, et qui n'est comparable à la plaie d'une amputation ni par la grandeur, ni par la profondeur, ni par la circonstance de la ligature des troncs artériels.

Le sang déjà répandu est une troisième cause de l'effusion du sang. Il est notoire dans notre art que lorsqu'on veut arrêter une hémorragie par l'application d'un appareil, ou le rapprochement des lambeaux d'une plaie, il faut la nettoyer exactement. On a vu bien souvent une hémorragie se renouveler opiniâtrément par cela seul qu'on n'avait pas enlevé les caillots avant de rapprocher les bords de la plaie (1): ainsi le sang répandu à la surface du moignon d'une amputation empêchera l'effet de la compression, les muscles seront repoussés dans le sens de leur rétraction, et l'effusion du sang non seulement continuera par les premiers vaisseaux qui l'auront fourni, mais même par toute l'étendue du système vasculaire, sur lequel il ne se fera plus qu'une compression dont les caillots seront l'intermédiaire. Ce sang s'infiltrera aisément dans le tissu cellulaire, et en abondance dans celui qui accompagne

(1) *Voyez* notre mémoire élémentaire sur l'hémorragie, tome II.

le trajet des vaisseaux principaux, ou qui remplit les intervalles des muscles fortement écartés les uns des autres. On conçoit enfin que tous ces effets immédiats ou consécutifs de l'effusion du sang seront assurés par le rapprochement exact des bords de la plaie des tégumens, qu'on ne manque pas de fortifier par des emplâtres agglutinatifs : d'où il résulte que l'épanchement interne est très-considérable avant que le sang ne se fasse jour à travers la plaie et ne mouille l'appareil. Lors même que cela est arrivé, on ne se décide pas aisément à dépanser le malade, dans la croyance que le peu de sang qui se montre au-dehors annonce communément une perte de sang médiocre, et qui ne compromet pas la vie du malade; mais il y a une grande différence entre la transsudation du sang à travers un appareil dans les hémorragies fournies par une plaie libre, et cette même transsudation par une plaie exactement rapprochée et fermée de toutes parts. Dans les premiers cas, le sang se porte tout aussitôt au-dehors, et, à mesure qu'il se coagule ou se dessèche, il détermine une compression, qui peut empêcher une nouvelle effusion. L'expérience nous a même appris que l'écoulement de sang est arrêté quand celui qui tache l'appareil est desséché : quand au contraire le sang s'échappe d'une plaie hermétiquement fermée, ce n'est, pour ainsi dire, que le *trop-plein* qui pénètre l'appa-

reil. L'intérieur de la plaie, son tissu cellulaire ambiant sont remplis de sang avant qu'il ne surmonte la résistance que les emplâtres agglunatifs opposent à son infiltration au-dehors.

Je suppose enfin que le malade échappe aux accidens qui peuvent résulter immédiatement de la perte de sang qu'il éprouve, il est bientôt en butte à des accidens dont la gravité n'est pas moindre. La décomposition et la pourriture du sang infiltré dans l'épaisseur du moignon déterminent une suppuration gangréneuse. Le tissu cellulaire en est détruit ; les muscles seront libres d'obéir à toutes les causes secondaires de rétraction, et si l'on parvient à amener la plaie à cicatrice, ce ne sera qu'à travers tous les inconvéniens ordinaires des plaies des amputations, aggravés par les circonstances défavorables dont j'ai parlé.

Il est temps de faire connaître que tout ce que j'ai énoncé jusqu'à présent n'est pas une vaine théorie. J'ai été séduit moi-même par les avantages que semblait offrir le mode d'amputation que je combats aujourd'hui : j'ai résisté aux inconvéniens que j'ai éprouvés dans mes premières expériences, en en cherchant la cause dans l'imperfection accidentelle du procédé opératoire. J'ai donc insisté sur mes tentatives ; j'ai observé avec une grande attention toutes les conditions requises pour la perfection du procédé opératoire : je n'ai pas été moins attentif, ni moins impartial à exa-

miner l'opération et ses résultats dans d'autres mains que les miennes. C'est enfin de toutes ces observations que j'ai déduit la théorie des inconvéniens mentionnés dans mon travail : je prie d'observer que la théorie n'a pas précédé l'expérience, que j'ai seulement développé les faits dont le rapport exact va servir à confirmer la théorie.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Amputation de la cuisse, suivie d'effusion de sang et de son infiltration dans le tissu cellulaire.

On a lu dans la deuxième partie de mon mémoire sur les épanchemens sanguins, deuxième observation, l'histoire de la maladie d'*Antoine Dagomet*, âgé de trente ans, lequel avait eu un écrasement de la jambe avec un épanchement de sang considérable. Les accidens de cet épanchement furent si graves, que je fus contraint de pratiquer l'amputation de la cuisse le soixante-quinzième jour de la maladie. J'ai promis dans mon observation de parler ici de l'événement de l'amputation. Le voici :

Cette amputation fut pratiquée au tiers inférieur de la cuisse, suivant le procédé que j'ai décrit, et dont je discute en ce moment la valeur. Je multipliai les ligatures jusqu'au scrupule. Après avoir bien essuyé le moignon avec une éponge

humide, et m'étant assuré que le sang ne coulait d'aucune part, je réduisis la plaie à une ligne transversale faite par la peau qui, par conséquent, recouvrait toutes les chairs. Des emplâtres agglutinatifs furent placés en travers, de manière non seulement à tenir les bords de la plaie en contact, mais même à la comprimer et à appliquer efficacement la peau sur le moignon. Une grande quantité de charpie fut placée sur lui et à toute sa circonférence, soutenue par des compresses se croisant sur le moignon, et une bande exactement appliquée et formant la capeline.

Trois jours se passèrent dans l'état le plus favorable, et le malade paraissait moins en danger que lorsqu'il avait sa jambe blessée. Ce fut à cette époque que l'appareil se couvrit de sang qui formait caillots à sa surface.

Déjà prévenu par des cas analogues, j'enlevai la bande et les compresses, après avoir fait comprimer l'artère fémorale au plis de l'aine : la charpie se trouva à peine mouillée et nullement teinte en rouge. Cependant je l'enlevai et mis à nu le moignon et les emplâtres qui en assujétissaient la réunion. Le tout me parut dans le meilleur état : on cessa la compression de l'artère fémorale, et il ne sortit point de sang. Un des emplâtres fut enlevé, et la peau qu'il couvrait semblait réunie : le moignon pressé ne laissa rien échapper par la portion de la plaie rendue libre ; enfin, je me

décidai à replacer l'appareil avec assez d'exactitude pour éviter l'occasion d'une nouvelle hémorragie. En effet, il ne s'en montra plus ; mais le malade eut la fièvre, des frissons, le pouls intermittent, des sueurs froides, et il succomba le troisième jour de son événement.

En enlevant l'appareil après la mort, je trouvai la concavité du moignon remplie de caillots de sang avec une semblable infiltration dans le tissu cellulaire, principalement le long du trajet des vaisseaux. Aucune des ligatures n'était hors de place.

Une pareille effusion de sang ne peut être attribuée qu'à la dilatation qui a lieu dans les plus petits vaisseaux du moignon après la ligature des troncs artériels et des plus petites branches qu'il ait été possible d'apercevoir. Cette dilatation a été augmentée dans la profondeur du moignon par la pression que l'appareil opérait sur ses dehors. Le contact intérieur des parties molles n'était pas suffisant pour empêcher l'effusion du sang, et les premières quantités épanchées et coagulées ont détruit totalement ce contact. Il est évident que l'effusion du sang ne se montrait pas quand l'appareil était enlevé, parce que, n'étant ni rapide, ni abondante, le sang avait plus de facilité à s'infiltrer dans le tissu cellulaire, que lorsque le moignon était entouré de l'appareil.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Amputation de la cuisse suivie d'une hémorragie dans le moignon.

Dans le courant du mois de mars 1809, une femme couchée à l'Hôtel-Dieu avait une dégénération cancéreuse des os de la jambe du côté droit. L'amputation ne pouvait être faite avec sureté qu'autant qu'elle serait pratiquée sur la cuisse, à cause de l'étendue de la maladie des os de la jambe jusqu'au voisinage de l'articulation.

L'amputation fut faite suivant le procédé qui nous occupe. On y mit la plus grande précision; on porta la même exactitude à lier les troncs artériels et les plus petits rameaux qui furent visibles; enfin, l'appareil fut appliqué avec le plus grand soin. Cependant huit ou dix heures après l'opération, on s'aperçut que l'appareil était pénétré de sang. Appelé au secours de la malade, parce que j'étais plus voisin que celui qui avait opéré, je présumai que cette hémorragie n'aurait pas de suite, et qu'il serait fâcheux de lever l'appareil sans une apparence de plus grande nécessité. A la visite du soir, le chirurgien opérateur en jugea de même, et l'on ne toucha à rien. Le sang en effet ne se montra pas plus abondamment au-dehors, et se dessécha même à la surface de l'appareil

pendant deux jours que la malade survécut : elle s'affaiblit par degrés et mourut.

En enlevant l'appareil après la mort, on trouva la concavité du moignon et le tissu cellulaire de son épaisseur remplis de caillots de sang ; toutes les ligatures furent trouvées intactes.

Il est évident que dans ce sujet la dessiccation du sang dans l'épaisseur de l'appareil avait fait une compression capable d'empêcher à l'avenir son issue au-dehors ; mais l'hémorragie interne avait continué, et le sang avait trouvé plus de facilité à s'infiltrer dans le tissu cellulaire.

TROISIÈME OBSERVATION.

Amputation de la jambe, suivie d'hémorragie interne.

Dans le courant du mois de juillet 1810, on amena à l'Hôtel-Dieu une femme âgée de soixante-dix-neuf ans, mais d'une santé vigoureuse, d'un embonpoint solide, et dont l'esprit et le caractère avaient une fermeté extrêmement rare à cet âge.

Cette femme avait la jambe fracturée dans son articulation inférieure. La malléole interne brisée avait été extraite, et la fracture de la malléole externe entretenait l'état de luxation du pied.

Une pareille fracture indiquait la nécessité de

l'amputation. La malade s'y refusant formellement, et par la considération de son grand âge, j'étais d'avis qu'on s'en abstînt. D'ailleurs, dans le cas où l'on se déciderait à la pratiquer, j'étais d'avis qu'elle fût faite au bas de la jambe, comme devant être moins dangereuse à cet endroit qu'au lieu où se pratique communément l'amputation de la jambe.

Il en arriva tout autrement : la malade ayant été sollicitée se détermina à l'opération, et, quoiqu'en mon absence, on crut devoir profiter du moment pour la pratiquer : on le fit au-dessous de la tubérosité du tibia. Le procédé qui nous occupe fut mis à exécution. Sans doute on y prit toutes les précautions accoutumées ; on ne ménagea point les ligatures ; les emplâtres agglutinatifs et le reste de l'appareil furent appliqués avec soin.

Cependant il y eut hémorragie dans le cours de la nuit, la malade ayant été opérée le soir : l'appareil n'étant que médiocrement pénétré de sang, on ne toucha à rien ; le sang sortit en plus grande quantité dans la matinée ; on se contenta d'appliquer un tourniquet à la cuisse ; la malade s'affecta beaucoup ; elle fut prise de délire, l'hémorragie continua, et la mort eut lieu vingt-quatre heures après l'amputation : cependant il n'y avait point eu au-dehors l'indice d'une hémorragie forte et abondante, comme il arrive dans l'ouverture des principales artères.

En effet, on trouva, comme dans les cas précé-

dens, le moignon couvert de caillots de sang. Ce fluide ayant trouvé de la résistance à s'infiltrer dans le tissu cellulaire dense et enveloppé de fortes aponévroses qui constitue la jambe, s'était répandu au-dehors plus abondamment que lorsque la cuisse est le siége d'un pareil événement. Toute la surface du moignon, plus solide qu'à la cuisse, ne formait point une concavité; et c'était la peau qui, malgré les emplâtres agglutinatifs, s'était plutôt soulevée pour renfermer les caillots; mais en même temps laissait échapper beaucoup de sang dans l'appareil. Les ligatures étaient toutes conservées.

Il est facile de se représenter les douleurs et l'irritation que le sang ainsi amassé fait éprouver au malade qui est le sujet d'un pareil accident.

J'ai dit plus haut que, lorsque les malades échappaient aux accidens immédiats de l'hémorragie, ils éprouvaient les accidens non moins graves résultant de la pourriture du sang amassé à la surface, ou infiltré dans l'épaisseur du moignon.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Amputation suivie de la pourriture du sang infiltré et de la gangrène du moignon.

Charles-Antoine Germain, âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution affaiblie par les maladies, fut reçu à l'Hôtel-Dieu, le 10 mai 1810,

pour une tumeur blanche de l'articulation du genou qu'il portait depuis plus d'un an, et pour le soulagement de laquelle il n'avait jamais suivi ni régime ni traitement : il l'attribuait à une affection rhumatismale, qu'il disait avec raison s'être fixée là, parce qu'il ne l'avait plus ressentie ailleurs depuis l'époque de son engorgement du genou.

Pendant le cours de l'année de sa maladie, Germain contracta des chancres et un écoulement vénériens pour lesquels il fut reçu et traité à l'hospice établi pour ce genre de mal : on ne s'y occupa pas de la maladie du genou, qui fut seulement enveloppé de cataplasmes. Après son traitement, il se présenta à l'Hôtel-Dieu. La tumeur du genou était du plus gros volume, douloureuse, offrant une fluctuation manifeste dans des points de l'articulation, dont l'opposition entre eux annonçait assez que le pus baignait les surfaces articulaires. La jambe était atrophiée, les glandes de l'aine engorgées; il y avait insomnie, sueurs colliquatives et diarrhée.

Un état aussi fâcheux laissait peu d'espoir; cependant le malade se flattait que l'amputation lui sauverait la vie, et de fait il n'y avait que cette ressource en sa faveur.

J'employai tous les secours de l'art pour améliorer l'état du malade, et j'eus la satisfaction de le voir, après vingt jours de soins assidus, en état

de supporter une opération qui devait enlever la principale source de tous les accidens, et que le malade demandait avec instance.

Le volume médiocre de la cuisse et le ressort de ses muscles assez bien conservé, me firent présumer que ce cas était un de ceux dans lesquels la nouvelle opération devait avoir le succès le plus probablement heureux. D'ailleurs, elle devait avoir l'avantage de donner une plaie moins étendue et une suppuration moins abondante, qui étaient tant à désirer chez un homme dont la faiblesse était déjà portée si loin.

J'exécutai donc ce procédé opératoire le 2 juin. Je n'eus rien à me reprocher sur la précision et l'exactitude de l'opération. Les ligatures furent multipliées autant que le besoin l'indiqua; la surface du moignon étant restée long-temps sous mes yeux, bien essuyée avec une éponge mouillée, et la compression de l'artère fémorale étant enlevée, il ne s'écoula point de sang.

Je rapprochai alors les deux bords de la plaie des tégumens, qui recouvrirent exactement la surface des chairs. Un seul point me causa du chagrin, ce fut le vide que la rétraction des muscles de la partie interne de la cuisse laissa à cet endroit, et vis-à-vis le trajet des vaisseaux. Cependant, les emplâtres agglutinatifs appliqués, je mis un tampon de charpie vis-à-vis de ce vide; le reste du moignon en fut également garni, et le tout fut

s utenu par des compresses et le bandage ordinaires, dans l'application duquel j'eus égard à l'endroit de la plaie que j'ai désigné plus haut.

Quelques heures après l'opération, il se manifesta une hémorragie dont le sang pénétra l'appareil avec lenteur, mais sans se dessécher à la surface. Je conçus qu'elle pouvait devenir fâcheuse, et pris le parti de découvrir la plaie. Elle était déjà pénétrée de caillots que je ne pus nettoyer que très-incomplétement : j'eus l'occasion de faire la ligature d'une artériole qui s'était développée, et je me décidai à renoncer au rapprochement de la plaie : je la remplis de charpie, par-dessus laquelle j'appliquai le lambeau circulaire de la peau, et le tout fut enveloppé de charpie, compresses et bande. Il continua à se faire une exsudation sanguinolente : le quatrième jour elle parut plus considérable que de coutume. Cependant je n'y voyais que l'évacuation du sang en décomposition dans la plaie ; mais les assistans témoignant craindre une effusion de sang réel, j'enlevai l'appareil, et nous trouvâmes la plaie remplie d'un putrilage qui en pénétrait le tissu ; il ne s'échappa pas de sang, quoique l'on eût cessé la compression qu'on avait établie par prudence sur l'artère au pli de l'aine.

La plaie, au lieu de charpie, fut remplie de poudre de quinquina. Elle continua à répandre une sanie sanguinolente, et fut pansée de même

jusqu'au neuvième et dernier jour du malade. Il était tombé depuis plusieurs jours dans un dépérissement extrême, la diarrhée et les sueurs colliquatives étaient renouvelées : le malade délirait. Déjà, depuis plusieurs jours, les muscles étaient isolés par la pourriture de leur tissu cellulaire intermédiaire, et l'os était dénué de son périoste dans deux pouces de longueur.

Le moignon examiné le lendemain de la mort, nous montra un délabrement interne dont on ne pouvait pas se former l'idée par avance ; des foyers de pus et des clapiers s'étendaient dans l'interstice des muscles jusqu'aux trochanters ; l'os était à nu dans quatre pouces de longueur, et le lambeau de peau résultant de l'opération était en gangrène. Enfin, il me fut facile de rapprocher l'énorme dégénération de ce foyer, de ce que j'ai dit qui arrivait aux foyers sanguins frappés de pourriture, dans mon mémoire sur les épanchemens sanguins en butte aux différentes causes qui en produisent la putréfaction.

Il convient sans doute de joindre à cette cause locale de pourriture l'état de faiblesse extrême et de dépérissementt où le malade était avant l'opération : mais je ne saurais me cacher que le procédé opératoire que j'avais adopté comme le plus propre à ménager les forces du malade, a en effet été la cause immédiate de sa perte.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Cas analogue au précédent.

Jacques-Vincent Hurtin, âgé de seize ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 10 février 1809, ayant un engorgement lymphatique au genou gauche, qui ne lui permettait plus de marcher librement.

Ce jeune homme avait l'air de se bien porter généralement ; il avait assez d'embonpoint, le teint frais et la vivacité de physionomie qui appartient à cet âge. Cependant son embonpoint était lymphatique, et l'on ne pouvait pas séparer sa maladie du genou de l'idée de l'existence d'un vice scrophuleux. En conséquence il fut mis à l'usage des médicamens amers et anti-scorbutiques ; le genou fut successivement couvert d'émolliens, de narcotiques, de stimulans et résolutifs ; j'y appliquai des vésicatoires volans et plusieurs moxa, le tout suivant les différens états de douleur ou d'insensibilité par lesquels il passait, ou les espérances plus ou moins fondées d'évacuer l'humeur engorgée, en ouvrant les cellules du tissu cellulaire à la circonférence de la maladie. Tous ces essais de traitement furent répétés et long-temps continués ; il n'y avait que cela à faire, ou l'amputation de la cuisse. Ce dernier parti était bien rigoureux, et le temps et la nature pouvaient venir au secours de cet intéressant malade.

Six mois s'écoulèrent dans cet état; mais au mois d'août, la maladie faisant ses progrès naturels, il se manifesta une fluctuation au côté externe du genou : elle fit des progrès tels, qu'elle était abondante au mois d'octobre, et je me décidai à y plonger un bistouri à lame étroite. Il sortit une grande quantité de pus gélatineux, et je fermai la plaie avecun emplâtre agglutinatif.

Il sortit journellement une nouvelle quantité de la même matière par l'ouverture; il était évident que les cartilages de l'articulation étaient malades. Je craignis de voir la fièvre s'allumer, et le genou devenait douloureux. Je me décidai donc à faire l'amputation de la cuisse le 26 octobre 1809. L'embonpoint et la fermeté du tissu cellulaire de la cuisse pouvaient faire bien espérer du nouveau procédé opératoire sur le compte duquel je n'étais pas encore désabusé. Il fut donc pratiqué avec une exactitude rigoureuse. J'observai que le tissu cellulaire de la cuisse était compacte et lardacé, les muscles peu volumineux et entourés d'une graisse semblable. Cependant le parti en était pris, et après avoir fait autant de ligatures qu'il se présenta de vaisseaux, je mis très-aisément et parfaitement de niveau les deux bords de la division de la peau, qui furent contenus par des emplâtres agglutinatifs, la charpie, les compresses et le bandage accoutumés. Tout alla bien jusqu'au 4 novembre, huitième jour de l'opération. Alors le malade se plaignit d'une

vive douleur dans la cuisse malade : l'appareil qui avait déjà été levé jusqu'aux emplâtres exclusivement, fut enlevé de nouveau ; un des emplâtres fut détaché, et il sortit une assez grande quantité de pus sanieux.

La plaie me paraissant cicatrisée à peu près dans le tiers de sa longueur, je respectai ce travail fait, et pour donner issue au pus contenu dans le moignon, ou éviter son extravasation, j'établis un bandage légèrement compressif de sa base vers son sommet, et le reste de l'appareil fut posé comme de coutume. L'écoulement sanieux continua et devint abondant; il y eut de la fièvre, du dévoiement, le malade se plaignit d'un point de côté aigu : la langue devint noire et les dents fuligineuses, le pus était verdâtre et d'une odeur infecte. Cet état dura jusqu'au 23 novembre, et le malade succomba le vingt-septième jour de l'amputation.

A l'examen du cadavre nous reconnûmes qu'une partie de la peau et des muscles étaient restés en contact, mais que leur cicatrice était détruite ; la surface du moignon était assez saine, et le tissu cellulaire sous-cutané avait conservé sa disposition lymphatique et lardacée. C'était dans la profondeur du moignon qu'était tout le dégât ; nous y trouvâmes une grande quantité de pus verdâtre et putride, encore mêlé de caillots de sang en pourriture. L'os était généralement dépouillé de son

périoste, les épiphyses s'en détachèrent sans peine; leur substance compacte était ramollie, et la moelle changée en pus. Un trajet purulent montait dans le bassin le long du muscle psoas; enfin la veine iliaque interne était remplie de pus depuis son union avec celle du côté opposé, jusque dans l'épaisseur de la cuisse. Il nous parut que ce pus avait pénétré par un rameau occupant l'épaisseur du périoste détaché de l'os et placé au centre du foyer putride.

L'artère crurale avait diminué de calibre. Sa face interne offrait l'embouchure d'une foule de petits canaux sensiblement dilatés. D'ailleurs elle était cicatrisée sur elle-même et contenait un caillot grêle et solide.

Enfin, le côté gauche de la poitrine contenait quatre ou cinq onces de sérosité purulente; la plèvre pulmonaire était couverte, du même côté, de concrétions albumineuses. Il y avait au côté gauche du corps des sixième et septième vertèbres dorsales, un foyer contenant environ une once de pus verdâtre.

Les poumons étaient sains et le droit adhérait, dans toute son étendue, à la plèvre costale.

Il ne nous serait pas difficile de déduire les accidens qui ont fait périr ce malade, et tous les désordres trouvés sur son cadavre, du vice de l'opération qui lui a été pratiquée : mais il sera juste de distinguer ce qui en dépend essentielle-

ment, des événemens qui n'en sont qu'accessoires.

La disposition de la cuisse étant favorable au rapprochement des parties, nous l'avons exécuté avec un succès apparent; mais, malgré tous nos soins, il s'est fait une effusion de sang qui a pénétré le long du trajet des vaisseaux jusqu'à la base du moignon. Il a fallu huit jours pour que la décomposition s'en emparât et distendît douloureusement les parties environnantes. La suppuration putride trouva bien issue par la portion de la plaie qui n'était pas cicatrisée et qui répondait vis-à-vis le trajet des vaisseaux; mais malgré notre bandage expulsif, cette issue fut insuffisante : la putréfaction une fois déterminée, s'est communiquée à toutes les parties environnantes; le périoste en a été altéré et détaché de l'os qui, lui-même, a été affecté dans sa substance. La sortie du pus par la surface du moignon restée libre, a été moins facile que son infiltration et extravasation dans le tissu cellulaire abondant, qui répond en haut de la cuisse; le pus putride s'y est amassé, s'est infiltré dans le petit bassin, a pénétré dans la veine iliaque par une embouchure qui, sans doute, avait laissé échapper auparavant, ou répandait à la fois le sang qui a fourni à la continuation de la pourriture du foyer, dans lequel nous avons encore trouvé des débris de coagulum en pourriture. Tous ces effets funestes sont sans doute résultés de la clôture absolue d'une plaie qui, malgré toutes les préten-

tions contraires, doit répandre du sang, et a besoin de donner issue, soit à ce sang, soit à une suppuration presqu'absolument inévitable, tant à cause de l'étendue et de la nature de la plaie, qu'à cause des ligatures multipliées, qui ne peuvent que produire une irritation nécessairement suivie d'inflammation et de suppuration, soit enfin par la présence d'un os plus ou moins altéré par l'action de la scie, et dont rien ne démontre qu'on ne doive pas attendre l'exfoliation.

L'inflammation de la substance pulmonaire, l'amas du pus séreux, le foyer du pus placé sur le corps de deux vertèbres, le tout du côté gauche, qui était aussi celui de l'opération, me paraissent être la suite de la situation permanente sur ce côté du corps. J'ai eu souvent occasion de rencontrer de pareils effets produits par la situation des malades, trop long-temps continuée sur le même côté, et j'en parlerai à l'avenir. Il n'est pas étonnant qu'un travail intérieur aussi pénible, des désordres aussi graves, aient déterminé les symptômes douloureux et mortels auxquels ce malade a succombé.

Les accidens que nous venons de décrire dans les observations précédentes, n'ont pas toujours été aussi graves : c'est surtout dans l'amputation de la jambe, faite suivant le même procédé, qu'ils se sont montrés avec évidence, mais sans avoir compromis la vie des malades.

SIXIÈME OBSERVATION.

Amputation de la jambe, suivie d'effusion de sang et de suppuration gangréneuse de la plaie.

Un homme âgé d'environ trente-six ans, languissait à l'Hotel Dieu depuis plusieurs mois sans vouloir se décider à l'amputation de la jambe, rendue indispensable par une carie de l'articulation du pied et de tous les os du tarse. Il y avait des ulcérations nombreuses, et il se formait souvent de nouveaux foyers dont la douleur et la suppuration subséquente minaient les forces du malade.

Enfin, réduit à l'extrémité, cet homme se décida à l'opération, qui fut pratiquée sous mes yeux. On y mit tout le soin dont elle est susceptible. La peau fut tellement ménagée, qu'on put en recouvrir le moignon malgré la maigreur de la jambe et la présence des aponévroses, qui sont cause que la peau est toujours maigre vis-à-vis d'elles comme sur la face interne du tibia; les ligatures furent multipliées au-delà du possible, et l'appareil unissant appliqué avec grand soin.

Le cinquième jour on fut obligé de lever l'appareil, à cause des douleurs atroces que le malade ressentait dans le moignon. En détachant un des emplâtres agglutinatifs on donna issue à une grande quantité de pus ichoreux et mêlé de caillots en

dissolution. Cette suppuration, de mauvaise nature, dura plusieurs jours; mais comme elle avait une issue libre, le moignon s'en débarrassa aisément, étant par lui-même moins disposé à se prêter à l'infiltration, à raison de la densité et du rapprochement de ses muscles adhérens aux aponévroses.

On conserva les emplâtres agglutinatifs, qui ne s'opposaient pas à la sortie du pus, et par ce moyen la réunion des parties et la guérison s'effectuèrent dans l'espace de quarante-cinq jours.

Je fis moi-même, à cette époque, une amputation de la jambe dans des circonstances analogues aux précédentes. Je suivis le même procédé d'opération, excepté que je couvris la plaie de charpie et ne tendis point à sa réunion immédiate. Mon malade fut aussitôt guéri que le précédent: seulement j'eus une exfoliation sensible de la circonférence du moignon de l'os, exfoliation qui n'eut pas lieu, ou qu'on ne vit pas sur le malade que je comparais au mien.

On ne peut s'empêcher de reconnaître que le premier a couru les risques de l'hémorragie et ceux de la pourriture du foyer sanguin formé à la surface du moignon: mon malade, au contraire, n'a éprouvé aucune espèce de complication.

J'ai vu pratiquer, suivant le procédé que je combats, l'amputation du bras, celle de l'avant-bras; et, dans tous les cas, les malades ont eu autant de peine à guérir que dans le procédé ordi-

naire, et on y a employé autant de temps. Chez plusieurs, il y a eu exfoliation apparente des os, et suppuration putride dans les premiers pansemens. Il est à remarquer que dans les cas les plus favorables on a pu conserver un ou deux emplâtres agglutinatifs, et qu'une portion de la plaie s'est guérie par simple réunion. Cette circonstance a suffi pour entretenir l'illusion et faire présenter ces cas comme des exemples de guérison par réunion première des parties; mais comme une portion des plaies est restée entr'ouverte et a laissé échapper une abondante suppuration pendant un temps plus ou moins long, il est évident que les malades se sont trouvés à peu près dans le cas de ceux chez lesquels on ne tente point la réunion immédiate, mais dont l'opération a été pratiquée avec les ménagemens qui font trouver, à la fin de la suppuration, une abondance de peau capable d'accélérer et de protéger la cicatrice.

Une seule femme, opérée de l'amputation de la cuisse suivant le nouveau procédé, a joui de tous les avantages qu'on se propose d'en retirer. Elle était tout au plus âgée de quarante ans, jouissait d'un embonpoint favorable : l'opération fut faite avec une grande perfection. On fut assez heureux pour que le lambeau de peau couvrît librement la surface des chairs; on appliqua un appareil dont l'effet compressif ne fut ni trop, ni trop peu marqué. Enfin, par un assemblage de circonstances

heureuses que nous avons vu être beaucoup trop rares, la malade guérit en vingt-cinq jours. La rétraction des muscles au-dedans de la cicatrice de la peau est telle qu'on dirait que la peau n'adhère point à ces muscles. En effet, il semble qu'il soit arrivé au moignon de cette femme ce qui arrive aux grandes plaies qui attaquent toute l'épaisseur des parois du ventre. On sait que dans ces cas, lors même que les muscles et la peau se sont cicatrisés ensemble, les muscles se désunissent avec le temps, et la cicatrice semble n'occuper que la peau, effet que l'on attribue à l'état continuel de tension ou de contraction des muscles du ventre, qui parvient peu à peu à rompre le moyen de cicatrisation commun aux muscles et aux tégumens.

De même chez cette femme la contraction des muscles de la cuisse semble les avoir éloignés de la face de la peau, à laquelle la cicatrice les avait unis. Cette désunion, vraie ou apparente, n'entraîne aucun inconvénient : ce n'est qu'une observation d'un fait assez curieux.

Il résulte de ce mémoire et des observations qui en font la base, que l'opération de l'amputation des membres, qui consiste à couper la peau circulairement, et à la disséquer dans une assez grande largeur pour en recouvrir le moignon, à couper ensuite les muscles au niveau de la peau retroussée, et en deux fois suivant la différence de

leur rétraction, pour scier ensuite l'os au niveau de la dernière section des chairs; à lier les artères principales et les moindres branches qui s'offrent à la vue; à rapprocher ensuite la plaie circulaire de la peau en une plaie longitudinale, de manière que toutes les chairs en soient recouvertes, et à appliquer des emplâtres agglutinatifs, de la charpie, des compresses longues et étroites, et le bandage appelé la *capeline*, pour retenir le tout dans le rapprochement qu'on désire.

Que cette opération, dis-je, quelque bien qu'elle soit excécutée, est dangereuse de sa nature :

1° Parce que la dissection de la peau dans une aussi grande largeur ne se fait pas sans beaucoup de temps et de douleur, et qu'elle établit une plaie d'autant plus irritée, qu'on a coupé tout le système nerveux sous-cutané, que l'on sait être très-abondant.

2° Parce qu'on est exposé tantôt à ce que la peau, maigre et extensible, soit surabondante, aille au-delà du rapprochement de ses bords, et doive être repoussée vers la base du moignon pour être mise de niveau : ce qui empêche sa juste application à la surface des chairs; tantôt à ce que cette peau soit trop épaisse, trop garnie d'embonpoint, se rétracte en proportion, et ne se prête pas au rapprochement sans le tiraillement de son tissu.

3° Parce qu'il faut faire des ligatures très-multipliées, toujours douloureuses, souvent placées sur des artères qui occupent l'épaisseur des muscles : d'où il résulte une irritation générale, dont le moindre inconvénient est de solliciter en proportion la rétraction musculaire.

4° Parce que l'application de la peau sur le moignon devient souvent imparfaite, par la rétraction des muscles, et manque nécessairement à la cuisse vis-à-vis les muscles de sa face interne, dont la rétraction, proportionnée à l'abondance du tissu cellulaire qui les entoure, laisse un vide encore augmenté par le tissu cellulaire qui entoure les gros vaisseaux situés au même endroit.

5° Parce que le sang qui s'échappe nécessairement d'une aussi grande plaie est retenu entre les parties par le rapprochement exact de ses bords, et s'infiltre aisément et en abondance dans le tissu cellulaire du moignon.

6° Parce qu'il suffit que la moindre portion de sang répandu se coagule à la surface du moignon, pour que son effusion continue et que l'infiltration augmente.

7° Parce que l'appareil plus ou moins serré dont on entoure le moignon, et par lequel on a même intention de gêner la rétraction musculaire, comprimant les vaisseaux superficiels du moignon, détermine davantage l'affluence du sang vers les vaisseaux intérieurs, affluence déjà solli-

citée par la ligature des gros vaisseaux et celle des vaisseaux de moindre calibre : l'effet de la compression étant bien manifesté par la cessation de l'hémorragie, quand l'appareil est enlevé.

8° Parce que les vaisseaux du plus petit volume étant plus abondans dans le tissu cellulaire qui entoure les troncs, l'effusion du sang et son infiltration s'y font plus abondamment, et pénètrent plus profondément dans l'épaisseur du membre.

9° Parce que l'effusion du sang à l'intérieur est déjà très-abondante avant qu'il ne traverse l'appareil, qui n'en reçoit, pour ainsi dire, que le trop-plein, et que l'on est porté mal à propos à juger que l'hémorragie est peu importante, à raison de ce que l'appareil est peu pénétré de sang, confondant ainsi les cas d'hémorragie ordinaire dont le sang pénètre sur-le-champ l'appareil, tandis qu'ici il ne s'y engage que lorsque l'intérieur ne peut plus en contenir.

10° Parce que le sang épanché, infiltré, cause immédiatement des accidens mortels, ou produit consécutivement des abcès gangréneux que nous avons vus dévaster l'épaisseur du moignon, isoler les muscles par la pourriture de leur tissu cellulaire intermédiaire, dépouiller les os de leur périoste, détacher leurs épiphyses, altérer leur substance et la moelle de leur intérieur, s'infiltrer au loin, partout où le tissu cellulaire lui prête passage, s'introduire dans le système veineux entr'ouvert, et

qui, en même temps qu'il reçoit le pus, laisse échapper le sang, qui devient la matière d'une nouvelle pourriture; tous événemens d'autant plus prompts et d'autant plus funestes, que l'appareil unissant dont on s'obstine à conserver les apparences, gêne ou empêche l'effusion libre des matières au-dehors.

11° Parce que, dans les cas où ces accidens ne deviennent pas mortels, ils font cependant courir de grands risques aux malades, et ont, pour le moindre inconvénient, celui de s'opposer aux avantages immédiats qu'on s'était promis de l'opération, en réduisant les malades au sort de ceux qui ont été opérés sans qu'on ait eu le projet de réunir la plaie immédiatement, soit pour le temps nécessaire à la guérison, soit pour le genre de la cicatrice, qui ne se fait par réunion que d'une manière très-éloignée.

Enfin, nous laissons à déduire des observations à venir les inconvéniens qui peuvent résulter de l'action musculaire, qui tend à rompre par degrés l'adhérence que la surface charnue du moignon avait contractée avec les muscles, dans les cas les plus favorables, cas si rares, que nous ne pouvons citer qu'un exemple de l'entier et parfait succès de ce mauvais procédé opératoire.

Il semble naturel de désirer ici la description de la meilleure manière de procéder à l'amputation des membres. Quoique je ne me sois point

proposé de donner la description des opérations chirurgicales, je vais pourtant remplir l'espèce d'engagement que j'ai contracté, en combattant un procédé opératoire dangereux, d'en établir un qui mérite la préférence. Je ne suis pas l'auteur de celui que je vais décrire : il sera facile de reconnaître qu'il est le résultat des principes établis par J.-L. Petit et Louis.

Amputation de la cuisse.

C'est un inconvénient grave dans cette amputation, que d'être obligé d'appliquer autour de la cuisse le moyen de suspendre le cours du sang pendant l'opération ; cependant cela est inévitable. Nous avons dit ailleurs combien il est dangereux de se contenter de faire comprimer l'artère au-dessous de l'arcade crurale par un aide, soit qu'il se serve d'une pelote, soit qu'il appuie avec les doigts sur l'artère. Cet aide peut manquer de force, d'attention ou de courage dans le temps le plus important de l'opération. L'artère enfoncée dans le pli de l'aine par la pelote peut n'y pas trouver un point d'appui suffisant, ou l'endurcissement de ses parois peut la soustraire à une compression convenable. Enfin, l'artère fémorale n'est pas la seule qui fournisse du sang à la cuisse ; les artères obturatrices, iliaque postérieure et autres, s'y distribuent aussi, et communiquent entre elles : d'où il résulte que le sang ne serait arrêté qu'in-

complétement par la compression faite au-dessous de l'arcade crurale ; et cependant il est des cas où le malade ne peut pas perdre la moindre quantité de sang sans danger. Il résulte encore de ces observations qu'un brayer crural auquel on ajouterait les propriétés du tourniquet, ne remplirait le but qu'incomplétement. A la vérité, il mettrait à l'abri des craintes relatives à l'aide chirurgien, mais il ne comprimerait encore que la principale artère du membre.

Le tourniquet de Petit remplirait l'indication principale ; mais il est pesant, et a besoin d'être mis entre les mains d'un aide : il vaut donc autant se servir du garot, qui joint à la sureté de la compression la facilité qu'on a de le lâcher ou de le serrer suivant le besoin ; en même temps qu'il affermit les parties molles, et procure un engourdissement du membre qui diminue la sensibilité : mais il restera toujours l'inconvénient de s'opposer à la rétraction des muscles qu'il serait si utile de favoriser pendant le cours de l'opération. C'est à cet inconvénient qu'il faut absolument se soumettre. On placera donc le tourniquet le plus près possible du haut de la cuisse.

Si la maladie pour laquelle on opère le permet, le membre sera tenu en ligne droite, à la hauteur du chirurgien, qui se placera en dehors. Tandis qu'un aide tiendra la jambe, un autre embrassera la cuisse de ses deux mains, et en fera remonter

la peau le plus qu'il pourra. Alors le chirurgien, armé d'un couteau droit d'une longueur suffisante et tranchant des deux côtés, coupera la peau circulairement : l'aide continuera de la retirer à lui, et le chirurgien coupera le tissu cellulaire qui s'opposera à l'éloignement de la peau. On l'obtient aisément pour toute la circonférence de la cuisse, excepté à la partie interne, où le tissu cellulaire filamenteux est plus abondant. Ce sera donc là qu'on s'appliquera le plus à couper le tissu cellulaire, afin que la rétraction de la peau soit égale partout.

Ensuite, avec le même couteau, on coupera les chairs dans toute la circonférence du membre et jusqu'à l'os, au niveau de la peau remontée; puis, sans se presser, afin de donner aux muscles le temps de se rétracter, on appliquera une compresse fendue au niveau des muscles les plus remontés; l'aide qui tirait la peau s'emparera de la compresse fendue, et tirera fortement à lui la masse charnue qu'elle enveloppera. Le chirurgien coupera de nouveau les chairs au niveau de la compresse, en anticipant sur elle : on peut aussi couper le périoste circulairement, et l'os sera scié au niveau des chairs.

Cela fait, la compresse fendue est enlevée. L'aide tend à rapprocher les chairs et la peau comme pour cacher l'os. Le chirurgien essuie le moignon avec une éponge humide. Bientôt il reconnaît l'ar-

tère principale, placée au côté interne du membre; il la saisit avec des pinces à disséquer, larges à leur extrémité, et, la tirant légèrement à lui, un aide intelligent est chargé de la lier avec un fil triple ou quadruple, d'une largeur suffisante. Le premier nœud sera simple et appuyé d'un second. Le chirurgien cherche s'il n'y a pas d'autres artères apparentes. On en rencontre souvent au voisinage de l'os, dans l'intervalle des muscles, ou même dans leur épaisseur; chaque artère saisie avec la pince est liée avec un fil, qui peut être simple ou double : on peut couper ces fils courts, mais il faut laisser de la longueur au principal.

Quand on croit avoir fait les ligatures suffisantes le garot est ôté. Le moignon est confié à un aide placé en face de lui, et qui tire à lui la masse totale comme pour rétrécir la surface de la plaie. Alors le chirurgien prend une bande longue de sept à huit aunes, et large de trois travers de doigt : il en fait plusieurs tours à la circonférence du bassin, et descendant vers la cuisse, il continue à l'appliquer à sa circonférence jusqu'à deux ou trois travers de doigt de la plaie des tégumens. La bande est fixée là avec une épingle. Alors un aide embrassant le corps du moignon, le chirurgien placé en face applique des tampons de charpie en dedans de la peau à la circonférence de la plaie des chairs, puis sur le bout du vaisseau principal, et enfin sur toute la

surface du moignon qu'il a eu soin de bien éponger auparavant, afin d'enlever même les petits caillots qui auraient pu s'arrêter dans le tissu cellulaire. La charpie est partout appliquée avec fermeté, et entassée en assez grande quantité pour assurer la compression. Il faut également placer de la charpie à la circonférence saine de la peau, avoisinée par les derniers tours de bande.

Cela fait, des bandelettes de linge larges de trois doigts sont fixées par des épingles aux quatre points opposés du moignon, et fendues en deux ou trois languettes à leur extrémité flottante. Ces bandelettes sont passées d'un côté à l'autre du moignon en s'entrecroisant par leurs languettes, et fixées chacune au côté opposé, de manière à représenter un bandage unissant, mais qui n'a ici que l'effet d'appliquer fermement la charpie sur la plaie. Une compresse en croix de Malte, des compresses longues et étroites se croisant à la surface du moignon, et une bande appliquée en capeline, achèvent l'appareil le mieux disposé.

Quelques praticiens préfèrent que la première bande soit faite de flanelle : je conçois en effet qu'elle s'attache mieux à la peau et ne glisse pas sur elle comme une bande de toile. M. Louis propose aussi d'appliquer une compresse épaisse sur le trajet des vaisseaux avant de poser la bande. Cette précaution peut être très-bonne pour ralentir le cours du sang dans cette artère.

Enfin, M. Louis observe que les chairs se rétractent bien davantage au côté interne et à la partie postérieure de la cuisse qu'en dehors et en devant. Nous avons aussi fait la même observation : c'est pourquoi nous avons conseillé de placer la compresse fendue au niveau des chairs les plus rétractées, pour couper celles qui le sont moins, en anticipant sur la compresse fendue.

Mais nous ne partageons pas l'opinion de M. Louis lorsqu'il blâme la compresse en croix de Malte, les compresses longues et la capeline, auxquelles il attribue l'inconvénient de refouler les chairs vers la base du moignon. M. Louis oublie qu'il a pourvu à ce risque en entourant le bassin et la cuisse d'une première bande, et en faisant usage des bandelettes, qui représentent un bandage unissant.

L'amputation du bras se fait comme celle de la cuisse, leur structure anatomique étant à peu près la même.

Pour la jambe, on sait que les muscles gémeaux et solaires ne se rétractent que très-peu, à cause de leurs attaches tout près de la jambe; que les autres muscles se rétractent encore moins, à raison des fortes aponévroses qui les entourent, et auxquelles ils s'attachent. La peau doit donc être grandement ménagée dans toute la circonférence du membre, mais sur-tout vis-à-vis la face interne du tibia, où il n'y a ni muscle, ni tissu cellulaire. C'est sur la

peau qu'il faut se conserver toutes les ressources pour diminuer l'étendue du moignon, et l'on doit faire en sorte de scier les os à la plus grande hauteur dans l'intervalle des muscles.

Cette disposition est encore plus remarquable à l'avant-bras, dont les muscles n'ont aucune facilité de se rétracter, et dont la peau mince a besoin d'être largement économisée pour devenir capable de couvrir le moignon. Mais dans tous ces cas d'amputation, il faut se donner de garde de chercher à couvrir les chairs par la peau, et rien ne doit éloigner de l'application de la charpie à la surface de la plaie.

Je sens combien il manque de détails à ces différens procédés opératoires; mais mon projet, je le répète, n'a pas été de faire un traité d'opérations : j'ai seulement voulu opposer le meilleur procédé à celui dont j'ai démontré les inconvéniens.

MÉMOIRE

SUR LES ÉPANCHEMENS DANS LA POITRINE

ET L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME.

Si les observations sont d'autant plus importantes à recueillir, que les maladies qui en sont l'objet sont plus obscures, d'une nature plus dangereuse, et les moyens de guérison qu'on leur oppose plus incertains dans leurs effets et plus difficiles à mettre en pratique : certes aucune maladie ne mérite davantage qu'on rassemble les faits, et qu'on les compare avec précision et sagacité, que les épanchemens de diverse nature dont la cavité pectorale est si souvent le siége.

Ces épanchemens peuvent être de sang, comme il arrive à la suite des plaies pénétrantes dans la poitrine, et qui blessent des vaisseaux principaux, ou par la crevasse d'un anévrisme interne.

Ils peuvent être de pus résultant de l'inflammation de la plèvre pectorale ou pulmonaire, ou de celle de la substance du poumon. Le tissu cellulaire qui unit la plèvre à toutes les parties environnantes peut également être le siége d'engorgemens inflammatoires ou chroniques qui se terminent par suppuration.

L'humeur aqueuse qui, dans l'état naturel, ne fait que mouiller la face interne de la plèvre, et

est repompée à mesure qu'elle est répandue, peut, par des causes extrêmement variées, se rassembler dans la poitrine, et constituer l'hydro-thorase, ou hydropisie de poitrine.

Enfin, l'engorgement de la plèvre, ou même du poumon, détermine quelquefois l'amas d'un fluide lymphatique gélatineux qui se concrète plus ou moins, et forme la matière d'une quatrième espèce d'épanchement dans la cavité pectorale.

Mon projet n'est pas de traiter ici de la pathologie de ces différentes maladies. Je ne veux m'occuper que des épanchemens considérés en eux-mêmes, de leur effet mécanique sur les poumons et la respiration, et apprécier la valeur et l'efficacité de l'opération par laquelle on tenterait de débarrasser la poitrine du fluide qui y est amassé contre nature.

Les fluides épanchés dans la poitrine ont pour effet commun de gêner la respiration, soit parce qu'ils tendent à occuper une place que le poumon remplit sans cesse et complétement dans l'état de santé de toutes les parties, soit parce qu'ils pèsent sur le diaphragme, qu'ils tiennent dans un état d'abaissement porté au-delà de celui de l'inspiration, et qu'ils empêchent par conséquent la part que ce muscle doit avoir à la respiration, soit enfin parce que le fluide amassé peut gêner les mouvemens du cœur, changer sa position, ou,

pesant sur le médiastin, empêcher la respiration de la part du poumon opposé à celui qui est entouré de la matière de l'épanchement.

Les différens symptômes de la présence d'un fluide dans la poitrine se caractérisent par un sentiment d'oppression plus ou moins grave, une pesanteur sur le diaphragme, qui empêche le malade de rester assis ou debout : il lui est également difficile de se coucher du côté opposé au siége de l'épanchement, ni même de rester couché sur un côté ni sur l'autre, quand l'épanchement est des deux côtés de la poitrine. Le visage est communément tuméfié; les yeux sont larmoyans; les veines jugulaires sont dilatées; il arrive souvent œdématie, soit des parties inférieures du corps, soit de tout le côté de l'épanchement; enfin, le caractère de l'amas du fluide porté à la plus grande quantité est, avec la courte haleine, l'engorgement des membres supérieurs.

Comme je n'écris point un livre élémentaire, je dois supposer que mes lecteurs ont une connaissance assez exacte du mécanisme de la respiration, pour comprendre le rapport de tous les symptômes d'un épanchement dans la poitrine avec ce mécanisme, et je les livre sur ce point à leurs réflexions : mais tous ces symptômes, quoique déduits immédiatement de la nature et de l'importance des fonctions lésées, sont souvent équivoques, au point de ne pas permettre d'em-

ployer à temps les secours tirés de la médecine efficace. C'est sur ces variétés de symptômes et leur incertitude que je dois invoquer l'expérience.

Ire SECTION.

Epanchement sanguin dans la poitrine.

Cet épanchement sanguin est de tous le plus urgent, tant à cause de l'hémorragie, qui peut faire périr immédiatement le malade, que par les caractères imminens de suffocation qui résultent d'un épanchement dont la promptitude ne permet pas aux organes de s'accoutumer à la présence du fluide, et de suppléer par un autre mode de respiration à celui qui est subitement altéré, soit enfin parce que l'opération de l'empyème, indiquée pour la sortie du sang épanché, exposerait le malade à une nouvelle hémorragie : de telle manière que l'art se trouve entre ces deux périls également graves, celui de voir le malade périr de suffocation, si l'on ne pratique pas l'empyème; ou de le voir périr d'hémorragie, si on donne issue au sang avant la consolidation des vaisseaux qui l'ont répandu.

Dans cet embarras du choix et cette incertitude de l'événement, on conseille de temporiser. En effet, si l'hémorragie, dépendant d'un vaisseau d'un ordre inférieur, est suspendue, même par la

compression que le sang épanché opère sur lui, ou par la formation d'un caillot salutaire, on peut espérer que le poumon supportera la compression, s'y accoutumera par degrés, et que la nature procédera à la résolution de la partie la plus fluide du sang, qui ne manque pas de subir la séparation de ses principes quand il est hors de la circulation. On peut même espérer que la résolution s'en fera complétement, le foyer qui renferme ce sang ne communiquant pas à l'extérieur, et aucune cause n'en déterminant la pourriture.

Dans le cas où le sang éprouverait une décomposition qui l'assimilerait à un dépôt purulent, les syptômes de l'épanchement prenant un caractère d'évidence qui les rapprocherait de l'empyème de pus, on se déterminerait à l'opération, ainsi que nous l'indiquerons en son lieu.

Mais quand l'hémorragie dépend d'un vaisseau de première importance, les symptômes de suffocation sont imminens, et le danger de donner issue au sang épanché est en proportion de la gravité de la suffocation, qui suppose que l'hémorragie n'est pas suspendue efficacement. On propose alors de pratiquer l'opération de l'empyème, à l'effet de laisser sortir une quantité suffisante du sang épanché, pour soulager le malade de la suffocation : mais on conçoit que les circonstances dans lesquelles cette évacuation partielle pourra être salu-

taire sans déterminer un nouvel épanchement, doivent être extrêmement rares, et que la mort du malade résultera à la fois de l'hémorragie et de la suffocation.

Je n'ai point, sur toutes ces particularités, de observations nombreuses à fournir, parce que ces cas sont rares ou ne se présentent fréquemment que dans la chirurgie militaire, qui ne m'a pas fourni une grande expérience personnelle. Voici cependant quelques faits propres à donner l'intelligence de ce que j'ai dit plus haut.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Epanchement sanguin par la blessure de l'artère aorte.

Un homme reçut un coup d'épée au côté droit de la poitrine, entre la quatrième et la cinquième des vraies côtes. Je ne doutai point de la lésion du poumon, quoique dans le premier moment il n'y eût ni gêne notable de la respiration, ni crachement de sang. Je prescrivis en conséquence des saignées, multipliées en proportion de l'état du pouls. Dès le lendemain la respiration fut embarrassée et le malade se plaignait d'oppression sans douleur. Les saignées répétées furent portées au nombre de cinq dans l'espace de soixante heures. Elles ne procurèrent point de soulagement, et j'observai que l'oppression augmentait, quoique le

pouls fût vide et qu'il n'y eût aucun caractère d'inflammation. Je commençai à soupçonner qu'il y avait un épanchement dans la poitrine. Cependant elle résonnait parfaitement des deux côtés, le malade restait volontiers à son séant et se couchait plutôt sur le côté gauche que du côté opposé, quoique je fusse autorisé à croire que l'épanchement était plutôt à droite qu'à gauche. La gêne de la respiration fut bientôt accompagnée d'une grande irrégularité et petitesse de l'action du cœur et des artères, et le malade mourut, le cinquième jour de l'accident, en un seul moment, sans agonie, et comme un homme qui étouffe ou perd son sang.

L'ouverture du corps nous fit voir que l'épée avait pénétré à travers le médiastin et avait blessé l'artère aorte tellement à son origine, que le sang s'étant infiltré en abondance dans le tissu cellulaire environnant, et très-peu répandu dans la cavité pectorale, avait fait épanchement dans la cavité du péricarde. Il y avait une couche de caillots à peu près de l'épaisseur d'un travers de doigt sur toute la surface du cœur, la pointe exceptée. Ce caillot, étendu en largeur, semblait avoir pour pédicule un caillot irrégulier, confondu avec le tissu cellulaire voisin, et engagé dans la plaie de l'artère, qui avait conservé la forme d'une fente de deux lignes de longueur sur une ligne de largeur.

Il était évident que le malade n'était pas mort d'hémorragie, la quantité de sang épanché étant à

peine de huit onces, et l'épanchement s'étant fait successivement.

Il n'était pas non plus mort d'épanchement de sang dans la poitrine; la quantité qui y était, plutôt infiltrée qu'épanchée, avait dû médiocrement gêner la respiration : cependant le tissu cellulaire du poumon était lui-même le siége d'une partie de l'infiltration.

Je laisse à juger jusqu'à quel point la couche de sang étendue entre le cœur et le péricarde, a pu concourir à la perte du malade, par la gêne qu'elle imprimait à la dilatation du cœur. Cette cause a dû être d'un médiocre effet, si l'on considère que le cœur se trouve souvent comprimé par des concrétions lymphatiques qui sont le produit d'une inflammation aiguë ou chronique, et qu'aussi souvent l'hydropisie du péricarde est supportée longtemps sans produire la mort; mais dans ces divers cas il est possible que le cœur se soit accoutumé peu à peu à la présence du fluide épanché : dans celui-ci, au contraire, quoique l'épanchement ait été successif, il a pourtant été assez prompt pour produire un effet pernicieux.

Il résulte de ce rapprochement que le tout à la fois a concouru à l'événement fatal. Mais il est évident que l'art ne pouvait rien pour le soulagement du malade, soit parce que les symptômes de l'épanchement n'étaient pas évidens, soit parce qu'il avait son siége du côté opposé à la blessure

extérieure, soit enfin à cause de son siége particulier dans la cavité du péricarde.

Le fait suivant donne un exemple du danger de l'épanchement de sang dans le péricarde, d'après lequel on pourrait le regarder comme la principale cause de la mort, dans le cas précédent.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Épanchement de sang dans le péricarde par une plaie du cœur.

Un homme âgé d'environ 60 ans, accablé par la misère, se donna un coup de couteau à la poitrine, vis-à-vis la région du cœur. La plaie était assez grande pour qu'on dût présumer qu'elle pénétrait dans la poitrine, et alors le cœur devait être blessé. Aucun symptôme n'annonçait une lésion intérieure : la respiration était à peu près libre; le pouls était petit, irrégulier et intermittent; mais ces caractères pouvaient dépendre de la situation morale de l'individu : il était en effet dans un état d'abandon et de découragement inexprimables; énonçant qu'il ne supportait la vie que parce qu'il était sûr qu'elle ne durerait pas longtemps, étant bien persuadé qu'il s'était frappé le cœur. Il n'y eut de progrès dans les symptômes que par rapport au pouls, qui devint de plus en plus concentré, irrégulier et d'une intermitence

excessive. Le malade mourut tranquillement le troisième jour de sa blessure.

Nous trouvâmes une simple piqûre à la partie antérieure du ventricule gauche du cœur, et une couche de sang en caillot, d'un travers de doigt d'épaisseur, étendue entre le cœur et le péricarde. Il était évident que le sang n'avait été répandu que graduellement, mais en un temps assez court pour avoir troublé et enfin arrêté les mouvemens du cœur, qui ne s'habitue qu'avec lenteur à une semblable pression, qu'il devient plus tôt ou plus tard incapable de surmonter.

Parmi les diverses tumeurs anévrismales que j'ai vues s'ouvrir dans la poitrine, deux me paraissent pouvoir être citées comme exemples d'épanchement de sang dans la cavité pectorale.

TROISIÈME ET QUATRIÈME OBSERVATIONS.

Epanchemens sanguins dans la poitrine par la crevasse de tumeurs anévrismales.

La première est d'une femme qui éprouvait depuis long-temps une anxiété considérable dans la profondeur de la région épigastrique. Souvent, et surtout dans les trois derniers mois de sa vie, cette anxiété faisait place à une douleur poignante, et qui déterminait les cris de la malade. On ne distinguait aucune tumeur en palpant le ventre

aussi profondément qu'on peut le faire à peu de distance de l'appendice sternale. Si l'on y apercevait une pulsation, elle pouvait facilement être confondue avec les battemens du tronc céliaque ou de l'artère aorte.

Il n'y a rien qu'on n'ait tenté pour soulager une maladie sur laquelle chacun avait un avis différent. L'application des sangsues, faite un grand nombre de fois, ne manquait jamais de procurer un soulagement notable, mais momentané : la femme, qui n'avait pas 36 ans, était parfaitement réglée.

Au moment où l'on s'y attendait le moins, elle tomba morte, et parut mourir de suffocation. A l'ouverture du corps, je trouvai le côté gauche de la poitrine rempli de sang en grande partie fluide, ou coagulé depuis la mort. Je reconnus que le tronc de l'artère aorte formait une tumeur anévrismale immédiatement au-dessus de son passage, par l'écartement des piliers du diaphragme. La dilatation se continuait au-dessous de ce passage ; mais la tumeur semblait y avoir été peu volumineuse, peut-être parce qu'elle s'était vidée lors de sa crevasse. La tumeur supérieure avait soulevé la plèvre, et se l'était fortement appliquée : cette membrane était tellement confondue avec l'enveloppe celluleuse du kiste, que la crevasse avait dû s'effectuer à ses dépens, et le sang s'épancher dans la poitrine en un seul moment, et à la quan-

tité d'environ deux pintes. Nous trouvâmes, comme c'est l'ordinaire, un trou rond à l'artère aorte. Les bords, arrondis et lisses, se perdaient dans l'épaisseur du kiste, et on aurait pu introduire un doigt dans cette crevasse. Il n'est pas douteux que l'action des piliers du diaphragme sur le tronc de l'aorte n'ait concouru à accélérer les progrès de la tumeur, et à déterminer sa crevasse. On voit en effet, dans nos Mémoires sur les anévrismes, que ce n'est pas là communément l'accident qui fait périr les personnes attaquées d'anévrismes internes.

On conçoit enfin que cette femme a succombé à deux genres de mort à la fois, l'hémorragie et la suffocation.

La seconde observation analogue à celle-ci, et dont j'ai déjà fait usage dans un mémoire sur les anévrismes, est le cas d'une tumeur faite aux dépens de l'artère aorte adhérente à la substance pulmonaire. La tumeur s'étant rompue, le sang a été rendu par l'expectoration, mais en grande partie répandu dans la cavité pectorale du côté gauche. Ce que cet anévrisme avait de remarquable, était le peu de volume de la tumeur du côté de l'artère, et l'absence de ces caillots compacts et jaunâtres que l'on sait former les couches extérieures des tumeurs anévrismales anciennes.

Il est bien évident que l'art n'a pas plus de ressource contre ces épanchemens sanguins, que lors-

qu'ils ont lieu par la blessure du cœur ou des gros vaisseaux, à l'occasion des plaies pénétrantes de la poitrine.

J'ai des raisons pour croire qu'il en serait autrement si le sang était répandu en quantité médiocre, et incapable de constituer une hémorragie mortelle. Dans ces cas, le sang se coagule, la partie lymphatique en est repompée, et les autres principes ne tardent pas à se dessécher, à contracter des adhérences avec les parties environnantes, et se dissiper en un temps plus ou moins long. C'est ainsi que les choses se passent pour les épanchemens en général.

Nous avons vu dans la première partie de notre mémoire sur les épanchemens sanguins, qu'ils tendaient à la résolution toutes les fois que le foyer ne communiquait pas avec l'air extérieur, ou qu'il ne contenait pas en lui-même des causes de dégénération ; qu'il n'y avait pas de prescription pour le temps que la nature mettait à opérer cette résolution, sans que pour cela le sang subît aucune altération.

Entre autres observations multipliées sur lesquelles nous avons appuyé notre théorie, il en est une d'autant plus remarquable, qu'elle présente dans le même sujet deux cas opposés entre eux : celui d'un foyer sanguin à la poitrine, qui est tombé en pourriture par sa communication avec l'air extérieur ; tandis qu'un autre foyer sanguin,

ne communiquant ni avec le premier ni avec l'air extérieur, avait conservé le sang dans son intégrité. Ce dernier foyer avait son siége dans le péricarde, mais le sang y avait pénétré par une très-petite ouverture, et la quantité n'en était que d'une once. Ces deux foyers résultaient de deux plaies pénétrant dans la poitrine (1).

La septième observation du mémoire cité donne l'exemple d'une collection de sang fixée dans l'épaisseur des parois de la poitrine, qui y est tombé en pourriture, a nécessité l'ouverture du foyer, dont la suppuration a duré pendant huit ou neuf mois, et a fini par guérir (2).

Il est facile de concevoir que, sous ces points de vue, les épanchemens sanguins dans la poitrine ne doivent pas différer de ceux qui ont lieu dans d'autres capacités ou partout ailleurs.

Il résulte de ce que nous avons dit, 1° que les épanchemens sanguins dans la poitrine sont mortels comme hémorragie, ou produisent la suffocation quand ils sont abondans.

2° Que quelquefois, malgré leur abondance et les symptômes de suffocation qu'ils déterminent, on les méconnaît, ou l'on ignore le côté de la poitrine qu'ils occupent.

---

(1) *Voyez* la troisième partie du mémoire sur les épanchemens sanguins, neuvième observation, tome II.

(2) Mémoire cité.

3° Que lorsque la quantité de sang épanché est médiocre, les symptômes sont peu apparens, et que même la nature s'accoutume à la gêne qui peut résulter de l'épanchement, laquelle va toujours en diminuant par cette raison, et parce que le sang épanché est bientôt en partie repompé, et que plus tôt ou plus tard la résolution en sera complète.

4° Que lorsque le foyer sanguin communique avec l'air extérieur, il entre en pourriture, et peut représenter un foyer purulent.

Enfin, que l'opération de l'empyème n'est jamais ou presque jamais applicable aux épanchemens sanguins dans la poitrine, à moins qu'il n'y ait dégénération du sang, qu'elle ne soit connue, et qu'on ne puisse traiter la maladie comme une empyème de pus.

IIe SECTION.

Epanchemens de pus dans la poitrine, dans ses parois et dans la substance pulmonaire.

La pleurésie est une inflammation de la plèvre. Les pathologistes reconnaissent une pleurésie qui a son siége dans le tissu cellulaire qui joint la plèvre aux parois de la poitrine, qui même quelquefois affecte les muscles inter-costaux, ou s'empare du tissu cellulaire abondant, placé entre les

deux plèvres, soit derrière l'os sternum, soit au-devant du corps des vertèbres dorsales.

La pleurésie proprement dite a son siége dans l'épaisseur de la plèvre, et se manifeste soit à la face interne de la plèvre pectorale, ou à la surface de la plèvre pulmonaire.

La maladie peut occuper l'une ou l'autre de ces deux plèvres, ou toutes les deux à la fois.

Quand elle occupe la plèvre pulmonaire, elle n'est pas loin d'affecter la substance même du poumon. Alors prenant le nom de *péripneumonie*, elle consiste essentiellement dans l'engorgement inflammatoire du tissu de l'organe passif de la respiration. Si pourtant on voulait être exact, il faudrait conserver le nom de *péripneumonie* pour l'inflammation de la plèvre pulmonaire, et appeler celle du poumon *pneumonie*.

Mon projet est de passer en revue la terminaison par suppuration de ces différentes inflammations, les circonstances qu'offrent leurs divers foyers purulens, et les secours chirurgicaux qu'ils réclament.

ARTICLE PREMIER.

Abcès dans le tissu cellulaire de la plèvre.

Rien n'est plus fréquent que les abcès qui ont leur siége entre la plèvre et les côtes, à la suite d'inflammation aiguë ou d'engorgemens chroniques.

Quelquefois même la maladie commence par le périoste interne d'une côte, et est déterminée par un vice syphillitique chronique. Je pourrais citer beaucoup d'exemples de ces différentes sortes d'abcès ; mais la plupart sont si vulgaires, qu'il me suffira d'énoncer leur résultat commun.

Dans le cas d'inflammation aiguë qui se termine par une suppuration, il s'élève une tumeur entre deux côtes ; la peau ne change pas de couleur, il y a fluctuation et quelquefois œdématie dans une assez grande largeur. Il est indiqué d'ouvrir ces tumeurs comme un abcès ordinaire, et l'on dirige l'incision suivant la longueur de l'espace intercostal. L'évacuation du pus est bientôt complète, et le mouvement naturel de la poitrine, ainsi que la dilatation des poumons, facilitent cette évacuation et le recollement des parois du foyer. Ce qui démontre que ces abcès ne communiquent pas dans la poitrine, c'est que leur ouverture, même laissée libre, n'influe pas sur la respiration ; et les malades guérissent avec une grande promptitude.

Il n'en est pas de même quand le foyer purulent résulte d'une inflammation chronique, souvent déterminée par un vice des humeurs, et compliquée de la carie d'une ou plusieurs côtes. Le vice scrophuleux dans les enfans, le vice syphillitique dans un âge avancé produisent communément ces effets. Il est indiqué, ainsi que dans toutes les tumeurs du même genre, et quel que soit leur siége, de

commencer par combattre le vice des humeurs, et de n'ouvrir les abcès que lorsqu'on peut espérer que le foyer ne dégénérera pas par le développement ou la permanence du vice intérieur. Si ces opérations sont faites à propos, la maladie locale se réduit à un simple abcès; souvent même la surface de l'os s'exfolie spontanément et sans que l'on s'en occupe; et la plèvre qui faisait la paroi profonde du foyer, détergée elle-même, se réunit avec les parois opposées : on observe que la plèvre répondant à un pareil foyer s'épaissit beaucoup, acquiert de la consistance, et remplace très-bien la solidité des côtes dans la respiration.

Il n'est pas rare que les côtes soient assez profondément affectées de carie pour que, malgré la destruction du vice des humeurs, il faille agir sur ces os pour en séparer les portions malades; et on y applique le trépan, ou l'on en retranche une portion proportionnée à l'étendue de la carie. Quelle que soit la perte de substance qu'il faille faire subir aux côtes en pareil cas, on est bientôt convaincu que la nature travaille tout aussi efficacement à la guérison des plaies : un tissu vasculaire se développe à la surface de la plèvre, augmentée d'épaisseur et de solidité, va se joindre à celui qui naît des os exfoliés et de la plaie des muscles ou des tégumens; et il résulte du tout une cicatrice inaltérable et de la plus forte consistance. C'est ainsi que se guérissent les plaies du

crâne avec perte de substance des os, en formant une cicatrice à laquelle la dure-mère, les surfaces des os et les parties molles extérieures concourent en se confondant d'une manière absolue.

Quelquefois ces abcès offrent des phénomènes extraordinaires et propres à causer de l'inquiétude aux gens de l'art. Le fait suivant en est un exemple remarquable.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Foyer de pus compliqué de la carie des côtes, placé sur la région du cœur.

Un homme s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, ayant une tumeur au côté gauche de la poitrine, vis-à-vis la région du cœur. Cette tumeur était fort large; elle ne changeait point la couleur de la peau; elle offrait une fluctuation manifeste et des inégalités qui annonçaient la destruction d'une ou deux côtes dans le trajet du foyer. Enfin on y sentait les battemens du cœur avec une ondulation relative au fluide que la tumeur renfermait. Du reste, cette tumeur était indolente, ne causait aucune espèce de douleur, et il y avait neuf mois que le malade avait commencé à l'apercevoir.

D'après tous ces caractères, il était possible de prendre cette maladie pour un anévrisme. Dans cette incertitude, je consultai quelques personnes de l'art, d'une expérience consommée: elles fu-

rent d'avis que c'était un dépôt froid, accompagné de la carie des côtes, et qui reconnaissait un vice vénérien pour cause ; mais lorsque je leur proposai d'en faire l'ouverture, ils n'y consentirent pas, de peur que ce ne fût un anévrisme. D'ailleurs, le malade assurait n'avoir jamais eu d'affections vénériennes.

Pendant que j'observais, la tumeur s'éleva à son centre, et forma une tumeur particulière, du volume d'une noix ; la peau s'amincit, prit une couleur bleuâtre, et devint douloureuse ; enfin elle se perça de plusieurs trous, par lesquels sortit du pus. Ce ne fut encore qu'en tremblant que je me décidai à faire une ouverture propre à faciliter l'évacuation complète de la tumeur. Le pus en était assez bien lié, sans odeur et à la quantité d'environ douze à seize onces. Les côtes étaient usées à l'endroit de leur solution de continuité, mais à nu dans leur intérieur, d'une étendue que je ne pus pas parcourir avec le doigt. Quelques jours furent à peine écoulés, que la fièvre s'alluma, et la peau se couvrit de pustules vénériennes sur le visage et la poitrine. Le malade ne convint que dans ce moment qu'il avait eu plusieurs écoulemens vénériens qui n'avaient jamais été traités.

Je me hâtai de lui administrer le muriate suroxigéné de mercure, joint à la tisane de salsepareille : il en prit un demi-grain par jour dans une

suffisante quantité de tisane pour quatre verrées. Les choses allaient assez bien ; la suppuration était louable et peu abondante ; on apercevait les limites du foyer, lorsque le malade se leva, la nuit, en chemise pour aller aux latrines, où il resta environ dix minutes : c'était un jour d'hiver très-froid. Il fut saisi de frissons et ne put jamais se réchauffer : la fièvre s'alluma, la suppuration se tarit, et il y eut oppression très-grande. J'employai vainement l'usage des diaphorétiques ; j'appliquai des vésicatoires autour du foyer de la maladie, le tout en vain : le malade mourut le quatrième jour de son accident.

A l'ouverture du cadavre, je trouvai le foyer revenu à sa grandeur primitive : quatre côtes étaient largement à nu dans leur face interne ; les muscles inter-costaux couverts d'ulcérations gangréneuses ; une étendue de la plèvre, plus large que la main, avait une très-grande épaisseur et était érysipélateuse et couverte d'ulcérations dans toute la face qui répondait au foyer. Il n'y avait nulle part de communication avec la poitrine, dont les viscères étaient parfaitement sains et sans adhérence.

L'observation que je viens de rapporter, présente le cas d'une tumeur humorale qui pouvait en imposer pour un anévrisme du tronc de l'aorte à sa sortie du cœur, et dont les progrès successifs auraient corrodé une ou deux côtes en se faisant jour au dehors. Cependant ceux qui ont vu de ces

sortes d'anévrismes, conviendront que les pulsations en sont toujours assez fortes pour soulever la main; ce qui n'avait pas lieu dans le cas présent. Mais les maladies en général, et les anévrismes en particulier, présentent des phénomènes tellement variables, qu'il aurait été possible que, dans ce cas, la tumeur anévrismale n'offrît que les battemens équivoques que nous y avons reconnus.

Au reste, j'ai cité particulièrement ce fait pour donner le tableau d'un dépôt froid, formé dans le tissu cellulaire de la plèvre, qui avait peut-être commencé par la carie des côtes et qui dépendait d'un vice intérieur, en même temps que pour faire connaître le danger à courir quand on ouvre de pareilles tumeurs avant d'avoir combattu efficacement le vice syphillitique.

Le tissu cellulaire abondant qui répond derrière l'os sternum et remplit l'intervalle des deux plèvres, peut être le siége d'un foyer purulent, susceptible de reconnaître les causes variées dont nous avons parlé jusqu'à présent, et même d'être joint à la carie du sternum. Les fractures de cet os, qui sont toujours accompagnées de violentes contusions, peuvent également être la cause d'abcès, avec ou sans carie de l'os. Tous les auteurs font mention de ces effets de la fracture du sternum, et me semblent en porter la gravité plus loin que l'expérience ne le témoigne. J'ai vu des fractures trans-

versales du sternum avec chevauchement des pièces, qui n'ont causé d'accidens ni primitifs ni consécutifs. Au reste, ce qui me semble une exagération peut être fondé en raison pour une autre expérience que la mienne, et les préceptes donnés sur ce point de chirurgie dans les Mémoires de l'ancienne Académie, ont une telle valeur, que j'en réfère à ce qu'ils contiennent, d'autant plus volontiers, qu'ils n'auraient que l'inconvénient de porter les précautions trop loin dans une maladie qui est toujours grave. Le plus souvent c'est par la carie que la maladie commence, et elle a été déterminée par le vice syphillitique. On propose dans ces cas de trépaner le sternum, et même d'enlever par l'opération toute l'étendue de l'os malade. Le traitement interne et les précautions à prendre, sont les mêmes que dans le cas précédent.

Quelquefois cependant ces abcès prononcent de chaque côté de l'appendice sternale, dans le lieu où le tissu cellulaire de la plèvre communique avec celui du péritoine; souvent aussi c'est dans les intervalles des côtes, à droite ou à gauche, que se développe la matière purulente : c'est alors dans ces divers endroits qu'il faut faire l'ouverture de ces abcès : ils guérissent spontanément quand aucun vice des humeurs ne les entretient, ou qu'il n'y a point carie du sternum. Mon expérience propre n'ajoute rien sur cette matière à ce qui est dit dans

les Mémoires de l'ancienne Académie de chirurgie (1).

La formation des abcès dans le tissu cellulaire de la partie postérieure du médiastin, au-devant des vertèbres dorsales, donne des maladies beaucoup plus graves et d'autant plus difficiles à guérir, qu'elles ne se montrent communément que loin de leur foyer principal, lorsqu'elles ont fait les plus grands progrès. Le plus souvent elles sont accompagnées de la carie irrémédiable du corps des vertèbres, soit que cette carie dépende du vice syphillitique, d'une affection rhumatismale; ou même, comme il arrive souvent, d'un violent effort qui s'est passé dans les ligamens qui affermissent l'union des vertèbres entre elles. Dans tous ces cas, dis-je, la carie du corps des vertèbres devient une complication contre laquelle l'art est sans ressource, et les malades succombent d'autant plus promptement, qu'on a été déterminé à faire l'ouverture des foyers purulens, plus ou moins éloignés de leur principe.

(1) *Voyez* le mémoire sur l'opération du trépan au sternum, par M. de Lamartinière, tome IV, p. 545. Ce mémoire ne laisse rien à désirer. Erudition profonde, saine critique, principes lumineux, tels sont les caractères de ce travail. Il pose véritablement les bornes de l'art sur ce sujet; et si toute la science chirurgicale était ainsi traitée, je me garderais bien de mettre au jour le fruit de mon expérience et de mes réflexions.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Abcès au-devant des vertèbres dorsales, prononçant à leur partie postérieure.

Au mois d'avril 1809, je fus mandé dans une des salles de médecine de l'Hôtel-Dieu pour un jeune soldat qui avait, vis-à-vis la cinquième vertèbre dorsale, une tumeur de la grosseur du poing, sans changement de couleur à la peau, et offrant une fluctuation manifeste. Ce jeune homme était dans le marasme, et depuis long-temps entre les mains des médecins ; on le traitait de phthisie pulmonaire, dont il n'avait cependant que des signes équivoques. La tumeur qu'il avait au dos était regardée comme un simple dépôt critique, et je fus invité à en faire l'ouverture. Il sortit par la plaie une quantité prodigieuse de pus séreux et d'une odeur aigre ; le foyer en paraissait intarissable, et les draps en furent encore remplis dans le courant de la journée. En portant le doigt dans l'ouverture, je sentis la destruction de la tête d'une côte et des parties correspondantes de deux corps de vertèbres : c'était par là que le pus était parvenu à se faire jour hors de la poitrine.

Le malade ne survécut pas long-temps à l'ouverture de cet abcès : la fièvre s'alluma dans les vingt-quatre heures, et n'eut pas de peine à consumer ce qui restait de force à ce malheureux.

J'appris, par la suite, qu'il avait eu des affections rhumatismales qui avaient disparu à l'époque probable de la formation de cet abcès, qui en avait été la crise ou terminaison.

A l'examen du cadavre nous trouvâmes une carie au côté gauche du corps de la quatrième et de la cinquième vertèbre dorsale. Cette carie n'avait pas une étendue suffisante pour dévier la colonne vertébrale. Le foyer était tellement rétréci, que nous eûmes peine à concevoir qu'il avait renfermé une aussi grande quantité de pus, parce que sans doute le siége primitif de la maladie ayant peu d'étendue, le pus avait disséqué seulement le tissu cellulaire et écarté les parties environnantes; elles étaient revenues à leur place après l'évacuation du pus, et par l'action de tous les organes voisins, notamment du poumon, plus libre d'obéir à la force d'expansion opérée par l'air de la respiration, qu'il ne le pouvait lorsque le foyer du pus occupait une partie des cavités pectorales.

Les poumons étaient sains à cela près de quelques adhérences et plusieurs tubercules lymphatiques trouvées dans leur tissu.

Le vice scrophuleux, les douleurs rhumatismales, quelques efforts violens opérés par la marche ou les exercices militaires, ont pu être les causes conjointes de cette fâcheuse maladie.

TROISIÈME OBSERVATION.

Abcès au-devant des vertèbres dorsales, prononçant à la région ombilicale.

Lorsque j'étais élève à l'Hôtel-Dieu, il s'y présenta un homme malade depuis long-temps, et paraissant être plutôt en langueur qu'avoir une maladie caractérisée ; cependant il avait éprouvé une douleur habituelle et fort incommode vers le milieu de la région dorsale. La poitrine ne paraissait point affectée ; mais on reconnut dans le fond de la région ombilicale une tumeur circonscrite, et offrant une fluctuation manifeste. La tumeur s'aplatissait, et la fluctuation était moins sensible quand le malade était couché sur le dos ; et lorsqu'il se couchait à droite ou à gauche, la tumeur devenait assez saillante pour paraître répondre immédiatement derrière les parois du ventre. Feu M. Moreau prit le parti d'y plonger un trois-quart pour savoir, dit-il, ce qu'elle renfermait. Il sortit du pus, qu'on laissa couler par la canule autant qu'il en voulut couler ; et ce fut à peu près une pinte et demie.

Dès le lendemain la fièvre s'alluma ; la respiration devint laborieuse, les douleurs de la région dorsale devinrent extrêmes, et produisirent un délire dans lequel le malade succomba le quatrième jour après l'opération.

L'ouverture du cadavre nous montra un foyer placé au-devant des vertèbres dorsales, accompagnant l'artère aorte dans son passage par l'écartement des piliers du diaphragme, et se terminant dans le tissu cellulaire de la partie postérieure du péritoine. Il contenait une quantité médiocre de pus ichoreux, qui ne s'étendait pas jusqu'au-dessous du diaphragme, apparemment à cause de la situation couchée du malade. Le corps de la sixième vertèbre du dos était détruit par la carie ; les deux vertèbres voisines étaient seulement dénuées de leur périoste. Nous ne pûmes pas rencontrer le trou fait par le trois-quart ; il s'était absolument resserré, et, comme nous l'avons dit, le pus n'était pas en assez grande quantité pour descendre jusqu'à cette partie du foyer : d'ailleurs, il est évident que dans cet endroit il n'y avait eu qu'écartement du tissu cellulaire par la présence du fluide, et que ce n'était pas le foyer de la maladie.

Il y avait eu sans doute plus que de l'imprudence à plonger un trois-quart dans une tumeur profonde et logée dans une grande capacité ; mais, par l'événement, le mal s'est réduit à avoir ouvert un genre de tumeur dont l'évacuation est toujours, ou presque toujours, suivie de la mort des malades. C'est le sort ordinaire de tous ceux qui éprouvent l'ouverture spontanée ou faite par art, d'un dépôt chronique enté sur une carie vertébrale.

Un abcès placé au-devant des vertèbres du dos dans un tissu cellulaire abondant et très-extensible, peut donc obéir à son poids, et suivre le trajet de ce même tissu cellulaire au-devant des vertèbres lombaires. J'en ai vu qui s'étaient dirigés le long d'une des branches de la division de l'artère aorte en iliaques primitives, et dont le pus était amassé dans la fosse iliaque.

Lorsqu'il est arrivé là, il passe facilement sous l'arcade crurale, et y offre une tumeur molle, arrondie, sans changement de couleur de la peau, facile à faire rentrer, et qui resort aussitôt, dont le volume varie suivant l'ancienneté du mal, et qui par elle-même ne cause aucune douleur.

On reconnaît aisément à ces détails qu'une pareille tumeur peut en imposer pour une hernie crurale. J'en ai vu plusieurs exemples; mais l'illusion est bientôt détruite quand on palpe la tumeur avec attention. On distingue aisément qu'elle contient un fluide qui ne rentre pas à la manière d'une hernie; et, en mettant la main sur la région iliaque, en même temps que l'on presse la tumeur, le flot se fait très-bien sentir, et l'on est convaincu qu'il y a communication entre les deux parties.

Des tumeurs purulentes formées au-devant des vertèbres, et cheminant ainsi le long des prolongemens du tissu cellulaire, peuvent prononcer à une région quelconque de la cuisse : ainsi, on en voit vers le milieu et la partie interne du membre,

quelquefois sous l'aponévrose du fascia-lata, plus souvent dans l'intervalle des muscles fessiers; mais il faut convenir que, dans les cas que nous venons de citer, les foyers purulens sont le plus communément au-devant des vertèbres lombaires. Cela ne change rien à la nature de ces tumeurs, ni au danger qu'il y a d'en faire l'ouverture; mais ce ne sont plus des amas de pus dans le tissu cellulaire de la plèvre, dont nous nous occupions spécialement. Nous aurions complété tous les cas dans lesquels il se fait collection de pus dans le tissu cellulaire de la plèvre, si nous avions parlé du pus transmis dans ce tissu cellulaire, d'un foyer étranger et plus ou moins éloigné de la poitrine. J'ai vu plusieurs fois des engorgemens glanduleux du cou tomber en suppuration, et le pus fuser derrière la clavicule et la première des vraies côtes; d'autres fois derrière le sternum, et même sur les parties latérales et derrière le pharynx. Je ne puis pas dire s'il est résulté quelque inconvénient de ces infiltrations purulentes, et je n'en parle que pour fixer l'attention sur leur possibilité.

Il n'en est pas ainsi du cas que je vais rapporter.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Engorgement et suppuration du bras, suivis d'une grande infiltration des matières dans le tissu cellulaire de la poitrine.

Jacques Picard, ancien militaire, âgé de quarante-cinq ans, avait reçu un coup de boulet au

bras, du côté gauche ; l'os avait été brisé, mais on parvint à guérir cette grave maladie à travers un grand nombre d'accidens, avec un temps très-long et l'exfoliation de plusieurs pièces d'os.

Le membre était resté engorgé, et ses mouvemens presque impossibles. C'était surtout le moignon de l'épaule, qui était constamment d'un gros volume.

Il y avait déjà trois ans que les plaies étaient consolidées, lorsque cet homme se présenta à l'Hôtel-Dieu. Le membre était œdémateux dans toute sa longueur, le moignon de l'épaule très-engorgé ; et un paquet glanduleux remplissait le creux de l'aisselle, de manière à devoir être regardé comme la cause immédiate de l'infiltration générale.

Les cicatrices étaient rompues en plusieurs endroits, mais l'introduction de la sonde ne faisait sentir aucune partie d'os à nu. Il n'y avait pas grand secours à administrer à ce malade : je plaçai seulement le bras écarté du corps sur un oreiller, la main plus élevée que le coude, et des lotions résolutives furent appliquées sur le tout. Une partie des glandes de l'aisselle tomba en suppuration, Déjà il y avait infiltration du côté de la poitrine, dont les tégumens conservaient l'impression du doigt. Cette œdématie ne fit qu'augmenter, la respiration devint laborieuse, le visage se tuméfia ; bientôt l'état de faiblesse générale détermina l'in-

filtration du ventre et des extrémités inférieures, et le malade succomba trois mois après son entrée à l'hôpital.

J'avoue que, malgré l'œdématie extérieure qui devait me préparer à en trouver une semblable intérieurement, je fus surpris de la quantité de sérosité purulente qui était infiltrée dans le tissu cellulaire qui unit la plèvre aux côtes; il y avait même un épanchement tel, qu'on aurait cru que cette suppuration avait son origine dans ce lieu: mais j'en fus désabusé lorsque je reconnus que la masse glanduleuse du creux de l'aisselle avait contracté adhérence avec les muscles et les côtes qu'elle couvrait; que ces muscles étaient percés d'un grand nombre de trous ulcérés, et qu'il était évident que le pus et les sérosités du membre se dégorgaient dans le tissu cellulaire de la plèvre. Cet effet devenait d'autant plus facile, que j'avais cru bien faire en plaçant le bras sur un oreiller, la main plus élevée que le coude, ainsi qu'il est généralement prescrit dans les engorgemens des membres supérieurs.

Les viscères de la poitrine et du ventre étaient sains. Je ne doute pas que ce malade n'ait péri par l'infiltration et la rétention du pus dans le tissu cellulaire de la poitrine.

ARTICLE SECOND.

Des épanchemens de pus dans la poitrine.

Cette sorte d'épanchement provient le plus communément de l'inflammation de la plèvre pectorale, ou de la plèvre pulmonaire, ou de toutes les deux.

L'inflammation occupe la face interne de la membrane séreuse, et ressemble assez souvent à un érysipèle. La membrane se tuméfie, elle devient rouge, couverte de boutons plus ou moins multipliés, que l'on trouve quelquefois en suppuration.

Si la maladie a peu d'intensité, ou qu'elle soit combattue à temps et avec succès, et qu'elle tende à la résolution, l'application intime de la plèvre pectorale à la plèvre pulmonaire, l'une et l'autre affectées, détermine une adhérence mutuelle. Ces parties s'unissent suivant le mécanisme de la réunion des plaies simples; les parties saillantes d'un côté pénètrent dans les intervalles du côté opposé et réciproquement. Il est par conséquent nécessaire que les deux membranes soient malades vis-à-vis l'une de l'autre, puisque les inégalités plus ou moins sensibles qui accompagnent l'inflammation, sont les moyens d'adhérence. On parvient, par un procédé analogue, à faire adhérer entre elles des parties sur lesquelles on a appliqué un vésicatoire. Ce moyen a été substitué à l'incision

des bords de la division du bec de lièvre, pour en obtenir la réunion. A la vérité le projet n'a pas eu tout le succès qu'on en attendait, parce que l'adhérence n'avait point assez de force pour résister aux causes qui tendent à éloigner ou déplacer les bords d'une semblable plaie. Mais quand le contact des parties est constant et nécessité par leur nature, la cohérence est immanquable et solide, comme il arrive dans le traitement de l'hydrocèle de la tunique vaginale par le moyen de l'injection. Le testicule, en se tuméfiant, s'applique à la face interne de la tunique vaginale; celle-ci, irritée par le même moyen, se resserre et s'applique sur le testicule; l'adhérence a le temps de s'établir pendant la durée du gonflement du testicule, et quand la diminution s'en opère, il entraîne avec lui la tunique vaginale, dont l'adhérence est assurée.

Voilà l'explication simple et vraie des adhérences plus ou moins étendues, ou plus ou moins multipliées que l'on trouve si ordinairement entre le poumon et la plèvre pectorale. Quelquefois le moyen d'adhérence semble dépendre de filamens membraneux. Leur alongement est l'effet de la dilatation des parois de la poitrine, que ne suit pas celle des poumons avec une précision absolue, par une suite même des adhérences; et il est évident que ces filamens membraneux étant organisés, ne peuvent être que l'alongement du tissu des membranes. Personne en effet n'imaginera qu'une ma-

tière épanchée entre les deux plèvres et coagulée d'une manière quelconque, puisse s'organiser ni être un moyen d'union entre des membranes qu'elle empêcherait plutôt de s'approcher.

L'inflammation de la plèvre se terminant par résolution, lui fait quelquefois perdre la propriété de repomper l'humeur aqueuse qui suinte de tous les points de sa surface, et il arrive hydropisie de poitrine, dont nous nous occuperons incessamment.

Cette même inflammation peut se terminer par la suppuration de la surface de la plèvre malade : alors à la sérosité que la plèvre a coutume de répandre, se joint le pus qui suinte de sa surface ou que fournit l'érysipèle boutonneux, sous la forme duquel on rencontre si souvent cette inflammation. L'hydropisie de la plèvre se trouvant jointe à la suppuration, l'amas du fluide dans la poitrine se fait beaucoup plus promptement. Les symptômes en sont d'autant plus caractérisés, que les poumons n'ont pas le temps de s'accoutumer à la gêne qui résulte de la présence du fluide ; et l'opération de l'empyème devient indispensable.

Il arrive souvent que l'inflammation s'empare de l'épaisseur de la plèvre et détermine un phlegmon, qui s'ouvre dans la poitrine et répand tout-à-coup une assez grande quantité de pus, pour que les symptômes de l'épanchement se manifestent. L'étendue du foyer détermine une plus grande

quantité de pus à se répandre, et les symptômes ne font que s'aggraver. Il est rare que la nature s'accoutume à la quantité de pus qui se répand dans la poitrine, moins parce que cet épanchement se fait avec promptitude, qu'à cause de la nature du fluide, de la dégénération qu'il éprouve, et des frissons avec fièvre continuelle qu'il entretient. L'opération de l'empyème est encore indiquée dans ces cas, et devient même urgente.

Enfin ce que peut opérer un phlegmon formé dans le tissu de la plèvre, peut aussi dépendre d'un abcès qui aurait son foyer dans la substance pulmonaire, assez près de sa surface pour s'ouvrir au dehors, plutôt que de se vider par l'expectoration ; et l'épanchement du pus dans la poitrine exigerait encore l'opération de l'empyème.

On aurait peine à croire que tous ces cas de suppuration dans la poitrine, dont les signes de l'épanchement sont d'autant plus évidens qu'il se fait avec plus de promptitude, sont cependant quelquefois équivoques, et peuvent faire tomber dans des méprises funestes : les faits suivans prouveront cette assertion.

OBSERVATION.

Signes illusoires d'un épanchement de pus dans le côté gauche de la poitrine.

J'ai été appelé par deux médecins qui donnaient ensemble des soins à un malade qu'ils croyaient

avoir un épanchement de pus dans le côté gauche de la poitrine, et ils requéraient que je pratiquasse l'opération de l'empyème. Je crus cependant devoir prendre moi-même connaissance des signes de l'épanchement avant d'obéir au vœu des médecins. J'appris que, six semaines auparavant, le malade avait eu tous les symptômes d'une péripneumonie au côté droit de la poitrine; que le point de côté inflammatoire avait été très-grave et n'avait paru céder qu'à cinq saignées consécutives; que le malade avait été dans une demi-convalescence pendant huit à dix jours; qu'alors les symptômes inflammatoires avaient reparu plus fort qu'auparavant, mais occupant le côté gauche de la poitrine, au lieu du droit; que depuis trois semaines le malade crachait du pus en abondance; qu'il restait constamment couché sur le côté gauche, auquel il rapportait ses douleurs : d'ailleurs, il avait une fièvre continue avec redoublement et accompagnée de frissons; la respiration était très-difficile et le visage coloré : c'était cette réunion de symptômes qui faisait croire à l'épanchement de pus dans le côté gauche de la poitrine.

La première chose qui me frappa, ce fut l'abondance des crachats purulens. Le pus peut bien être repompé et expectoré en partie, quand il y a épanchement; mais alors la quantité en est médiocre dans les crachats, et il ne s'y trouve pas en masse. Je commençai donc à croire qu'il y

avait ulcération interne du poumon, et non pas épanchement : ensuite j'osai avancer que la maladie était au poumon droit, où la douleur inflammatoire s'était manifestée d'abord, et que la douleur qui se montrait à gauche n'y était que symphatiquement, ou par une combinaison impossible à deviner. Enfin, le malade étant couché depuis beaucoup d'années dans une alcove ouverte à sa gauche, j'appris qu'il en avait contracté l'habitude de se coucher de ce côté, et l'ayant invité à se mettre sur son côté droit, il ne me parut pas que cette position lui fût plus pénible que l'autre.

De cette réunion d'observations, je conclus qu'il n'y avait pas d'épanchement dans la poitrine, mais un foyer de pus dans la substance du poumon du côté droit.

Mes raisons furent goûtées par les médecins traitans, et on décida d'ajourner l'opération.

Il faut convenir que l'état urgent du malade avait contribué pour beaucoup à faire naître l'idée de le soulager par l'opération : en effet, il succomba quatre jours après notre consultation.

L'ouverture du cadavre vérifia mes conjectures avec une étonnante exactitude. Le côté gauche de la poitrine se trouva sain : il y avait au poumon droit ulcération, de la profondeur et largeur du creux de la main. Sa circonférence adhérait à la plèvre ; il n'y avait point d'épanchement, et même le foyer ne contenait presque pas de pus, la tota-

lité en étant presque toute évacuée par l'expectoration.

J'attribue la valeur du jugement que j'avais porté à un heureux pirrhonisme, plutôt qu'à ma capacité; car les premiers juges étaient des médecins habiles, mais peut-être moins que moi accoutumés à juger des cas de ce genre.

OBSERVATION.

Epanchement lymphatique pris pour un épanchement de pus.

Une femme âgée de vingt-trois ans, de la meilleure santé apparente, avait fait une chute violente sur les genoux, étant enceinte. Le genou gauche en fut engorgé, et devint douloureux au point d'obliger la malade à garder le lit. On employa tous les topiques usités en pareil cas, mais sans parvenir à calmer la douleur, et le genou augmentant toujours de volume. Après cinq mois de sa chute, cette femme accoucha très-heureusement : elle éprouva un grand soulagement, et la douleur parut suspendue pendant près d'un mois après la couche; mais bientôt elle revint par degrés, le genou augmentait de volume, et la malade ne reposait ni jour ni nuit, jetant habituellement les hauts cris.

Elle était dans cet état lorsque je fus appelé à son secours, trois mois après son accouchement.

Je trouvai une femme maigre, mais sans fièvre, ayant bon appétit, bonne physionomie, seulement tourmentée par la douleur d'un engorgement lymphatique, gros comme la tête d'un enfant : on touchait la partie sans augmenter la douleur, qui était interne et lancinante.

Je reconnus facilement un engorgement lymphatique concret, et n'hésitai point à proposer l'amputation de la cuisse, à laquelle la malade consentit aussitôt, et qu'elle désira lui être faite le lendemain.

L'opération fut simple; elle n'eut rien que d'ordinaire, et la malade la trouva moins douloureuse que sa maladie. Je reconnus que le condyle externe du fémur, seul affecté, était développé en une tumeur lymphatique du volume que j'ai dit, et solide comme du lard.

La plaie pansée convenablement parcourut d'abord ses périodes accoutumés; mais ensuite elle s'ulcéra par places, devint douloureuse, et je fus contraint de la panser habituellement avec des lotions opiacées. Les cicatrices se rompirent un grand nombre de fois, et je fus six mois à obtenir une entière guérison.

La santé de la malade se rétablit parfaitement; elle redevint enceinte six mois après sa guérison, et accoucha heureusement au terme accoutumé.

Trois ans étaient écoulés lorsque cette femme, qui marchait toujours avec deux béquilles, n'ayant

jamais pu s'accoutumer à porter une jambe de bois, glissa sur le pavé d'une église, et tomba rudement sur son côté gauche : elle sentit la plus violente douleur vers le tiers supérieur de la région dorsale. Rapportée chez elle, on manda son médecin accoutumé, qui la fit saigner trois fois en deux jours, à cause de la violence de la douleur: elle n'en fut pas soulagée; les saignées furent répétées; on en fit deux aux pieds, à cause du voisinage des règles qui manquaient, et le quinzième jour il y avait eu six saignées, et les règles avaient eu leur cours, mais toujours sans soulagement de la douleur qui provoquait les cris de la malade.

Je fus appelé à son secours trois mois après son accident; je reconnus tout ce que je viens de dire: de plus, la malade ne pouvait se coucher que sur le côté gauche; la respiration lui manquait absolument quand elle voulait tenter de se coucher à droite. Le cœur était déplacé, et les battemens s'en faisaient sentir entre la troisième et quatrième vraie côte du côté droit, près du sternum. Enfin, la percussion du côté gauche de la poitrine en annonçait la plénitude : je dois pourtant convenir que le côté droit n'offrait guère de différence sous ce point de vue.

Je n'hésitai point à juger que le côté gauche de la poitrine était le siége d'un épanchement; ce ne pouvait être que du pus, d'après la marche et la gravité permanente des symptômes, et je jugeai

l'opération de l'empyème indispensable. Il me parut cependant convenable de m'éclairer de l'avis d'un homme célèbre, et j'appelai M. Sabatier en consultation. Il ne reconnut pas, comme moi, la présence du pus contenu dans la poitrine. Il observa avec raison que la malade souffrait beaucoup, mais n'avait pas la fièvre, et les frissons qui ne manquent jamais d'accompagner une suppuration interne. Le déplacement du cœur lui sembla pouvoir être un vice de conformation : bref, il fut décidé qu'on temporiserait.

Après douze ou quinze jours, la gêne de la respiration diminua sensiblement ; la malade se coucha plus volontiers sur le côté droit ; enfin, je commençai moi-même à douter de l'existence de l'épanchement ; et au bout d'un mois je n'aurais plus consenti à pratiquer l'opération, tant les symptômes de la maladie avaient perdu de leur expression.

Cependant les douleurs s'aggravaient, et la malade ne les supportait que par le secours de l'opium. Elle mourut enfin six mois après la chute qui avait déterminé tous ces symptômes.

A l'ouverture du corps, je trouvai le côté gauche de la poitrine renfermant à peu près une pinte et demie d'une matière lymphatique rougeâtre, en partie fluide, en partie coagulée à la consistance d'une gelée de viande. Le cœur était soulevé d'arrière en avant et en haut : c'était sa

pointe qui répondait à droite entre la quatrième et troisième des vraies côtes. La plèvre, tapissant quatre ou cinq vertèbres dorsales et les parties voisines des côtes correspondantes, et se réfléchissant sur la partie postérieure du poumon gauche, était le siége d'un engorgement lymphatique de l'épaisseur de la paume de la main, d'une consistance comparable à celle du lard : le poumon comprimé par le fluide épanché, ou enveloppé par sa plèvre ainsi engorgée, était sain dans sa propre substance, laquelle était seulement condensée au point de n'être presque plus perméable à l'air de la respiration ; il se précipitait en effet dans l'eau. Il est évident que l'humeur épanchée provenait de l'engorgement lymphatique de la plèvre.

C'est là cette espèce d'épanchement que j'ai annoncée dans le préliminaire de ce mémoire, sous le titre d'*Epanchement d'une humeur lymphatique coagulable*. Je n'aurai point à y revenir, n'en ayant pas vu d'autre exemple dans le système de la poitrine, que celui que je viens de raconter.

On est sans doute convaincu que cette femme recélait en elle un vice de la lymphe impossible à nommer, qui restait sans effet tant qu'aucune percussion ne le déterminait à se développer dans l'organe frappé, et qui, après avoir occasioné l'engorgement du genou à la suite d'une chute de la malade sur cette partie, a donné

naissance à l'engorgement de la plèvre, également à l'occasion d'une chute dans laquelle la malade a éprouvé une vive douleur à cet endroit.

Mais laissons-là ce genre de maladie trop singulier et trop intéressant pour que je n'en fasse pas à l'avenir le sujet d'un travail particulier, appuyé sur des faits nombreux et que je comparerai entre eux; ne considérons l'observation que sous le point de vue d'un épanchement dans la poitrine.

On a vu comment j'avais été conduit à reconnaître un épanchement dans le côté gauche de la poitrine. Tous les signes de l'épanchement étaient réunis, et ils étaient d'autant plus évidens qu'il s'était fait avec promptitude; mais quand le premier effet de la maladie a été produit, l'épanchement a continué avec plus de lenteur : la nature s'est accoutumée à la gêne de la respiration, à laquelle le poumon du côté opposé suffisait presque complétement; et cela est arrivé au moment où le consultant a été appelé pour juger de l'existence de l'épanchement : il a donc pu en douter, quoique la déviation du cœur subsistât, et que ce signe dût être regardé comme la plus grande preuve de la présence du fluide dans le côté gauche de la poitrine. Mais voici ce qui a empêché qu'on ne reconnût l'épanchement.

Les accidens avaient pris naissance par une chute dont la colonne vertébrale avait supporté

l'effort, et il en était résulté tous les signes de la maladie inflammatoire. Six saignées faites en quinze jours prouvent assez que la maladie a été traitée comme telle. Les signes de l'épanchement dans la poitrine se montrant à la suite d'une pareille affection, semblaient exclure toute autre idée que celle d'un épanchement de pus, et j'en avais jugé sur ces rapports ; mais j'étais jeune homme alors. M. Sabatier, bien plus habile que moi dans l'art, voulait qu'un épanchement de pus fût accompagné de fièvre, de frissons irréguliers, d'amaigrissement, peut-être de crachemens purulens : tous phénomènes qui n'existaient pas. A la vérité, la malade éprouvait de grandes douleurs; mais, de même que celles qu'elle avait éprouvées autrefois par l'engorgement de l'articulation du genou, celles-ci étaient sans fièvre ni aucun des symptômes qui accompagnent nécessairement une suppuration intérieure. Il n'en fallait pas davantage pour faire nier l'existence du pus; et comme le consultant lui-même n'avait peut-être jamais rencontré d'épanchement de lymphe coagulée, il était conduit à nier totalement qu'il y eût épanchement. On peut encore observer la facilité avec laquelle la nature s'accoutume à la présence d'un fluide dans la poitrine; mais nous allons voir bientôt que c'est sur-tout dans l'hydropisie de poitrine que cette habitude est portée si loin, qu'on soupçonne à peine l'existence de la maladie.

dans certains cas, ou qu'on la confond avec celle de tout autre organe.

Sans doute il a été très-heureux que l'épanchement ait été révoqué en doute dans l'observation que je viens de rapporter ; car nous nous serions décidés à faire l'opération de l'empyème, dans la persuasion que nous aurions trouvé du pus dans la poitrine : et l'ouverture d'un foyer lymphatique aurait produit la gangrène et la mort presque aussitôt après l'opération.

IIIe SECTION.

Des épanchemens séreux dans la poitrine.

Nous avons déjà dit que la plèvre étant une membrane séreuse, c'est-à-dire, de laquelle il suinte continuellement une humeur de ce genre, pouvait devenir le siége d'une hydropisie par épanchement. L'hydropisie peut être simple, ou, ne dépendant d'aucune cause connue, consister dans la collection de l'eau qui s'amasse par le défaut d'action des vaisseaux absorbans, défaut dont la cause est occulte : ou bien l'épanchement dépend de l'engorgement habituel de la substance pulmonaire, comme il arrive aux asthmatiques ; d'autres fois enfin c'est la plèvre qui, par l'effet d'engorgemens inflammatoires peu graves en eux-mêmes, perd la faculté de repomper la sérosité, dont

l'exhalation n'est pas empêchée par les mêmes causes. L'inflammation de la face interne de la plèvre est quelquefois boutonneuse, et il se joint du pus au fluide aqueux retenu dans sa cavité. Dans ce dernier cas, la plèvre acquiert successivement une grande épaisseur, et reste ulcérée dans son intérieur.

Les signes de la première espèce de ces hydropisies sont souvent très-difficiles à saisir. En effet, non seulement l'eau se répand avec une lenteur prodigieuse, comme il arrive à toute hydropisie enkistée, mais même son défaut d'absorption peut ne dépendre que d'une partie de la grande surface de la plèvre pectorale et pulmonaire. Ce qui reste sain de l'étendue de cette surface opère l'absorption, jusqu'à ce que la maladie qui s'y oppose passe en proportion la quantité de fluide à répomper.

A cette lenteur de l'amas du fluide dans la capacité pectorale, se joint la faculté qu'ont nos organes de s'accoutumer aux obstacles que leurs fonctions éprouvent, pourvu que ces obstacles agissent avec lenteur.

Lorsque l'hydropisie est la suite d'une maladie du poumon, l'amas de l'eau se fait avec un peu plus de promptitude; mais les signes qui en annonceraient le commencement se confondent aisément avec ceux de la maladie du poumon, tels que le catarre, l'asthme, etc.; souvent aussi

l'irrégularité des battemens du cœur laisse croire à l'hydropisie du péricarde, plutôt qu'à celle de la plèvre. L'illusion deviendra complète si, en effet, une maladie du cœur a déterminé l'hydropisie de poitrine, par la difficulté que le sang éprouve à parcourir librement les cavités gauches du principal organe de la circulation. Tandis que l'embarras du poumon, en gênant le cours du sang dans les cavités droites du cœur, amène l'hydropisie du péricarde, en même temps qu'il est la cause immédiate de l'hydropisie de la plèvre.

Il résulte de toutes ces complications et de ce conflit de causes et d'effets que l'hydropisie n'est reconnue que fort tard, et par les signes précurseurs de la mort des malades, tels que la courte haleine, l'enflure du visage, et celle des membres supérieurs qu'a précédée depuis long-temps l'infiltration des parties inférieures du corps. Celle-ci a lieu quelquefois des deux côtés, ou seulement du côté où siége l'épanchement.

Enfin, lorsque l'hydropisie a été la suite d'une maladie aiguë, telle que l'inflammation de la plèvre, et sur-tout quand il se mêle un peu de suppuration au fluide aqueux : dans ces cas, dis-je, les signes de l'épanchement se font apercevoir dès le principe ; ils peuvent même être d'abord évidens : mais le calme se rétablit ; l'eau se répand graduellement en moindre quantité ; la suppura-

tion cesse de s'y joindre ; ce qui reste libre de la plèvre se charge de l'absorption d'une partie du fluide épanché, et l'homme de l'art a bientôt oublié les caractères qui lui ont fait soupçonner l'hydropisie, jusqu'à ce que la quantité du fluide épanché surpasse la faculté qu'ont les organes de s'accoutumer à la gêne qui résulte de la présence du fluide dans la poitrine. Alors les symptômes s'accumulent jusqu'à la mort.

On a vu des maladies étrangères aux organes que la poitrine renferme, produire des effets qui en imposaient pour l'hydropisie de poitrine, et l'illusion subsister jusqu'à la mort, ou n'être reconnue que par l'ouverture des cadavres.

Quoique tout ce que nous avons dit sur l'hydropisie de poitrine soit vulgaire et connu, il acquiert de la valeur par le rapprochement des observations suivantes.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Hydropisie reconnue dans son principe, et méconnue par la suite.

J'ai été appelé pour ouvrir le cadavre d'un homme que deux médecins soignaient depuis quatorze mois, et qu'ils croyaient être mort d'une obstruction au foie. Cet homme, âgé d'environ soixante ans, était catarreux, crachait habituelle-

ment des matières visqueuses, dont il avait peine à se débarrasser, et qui lui donnaient des accès de suffocation qui allaient quelquefois jusqu'aux convulsions. Un médecin qui lui donna seul des soins pendant tout un hiver, mit en usage tous les remèdes incisifs usités en pareil cas, et l'on n'était pas surpris de trouver opiniâtre une maladie dont le sujet était habituellement tourmenté.

Dans la saison suivante, et, malgré le beau temps, les symptômes s'aggravèrent; les jambes devinrent œdémateuses, puis les cuisses; de l'eau s'amassa dans la cavité du péritoine et dans les parois du ventre. Un second médecin fut adjoint au premier. La rareté, ainsi que la nature de l'urine, les déterminèrent à faire emploi des diurétiques, des purgatifs drastiques, et ils parvinrent en effet à diminuer l'infiltration générale, assez pour que le volume du ventre permît d'en explorer les viscères. On reconnut alors que le foie se présentait largement au-dessous du bord cartilagineux des côtes, et il fut arrêté que le malade avait une obstruction au foie : dès-lors la gêne de la respiration, qui subsistait toujours, malgré les effets des diurétiques et des purgatifs, ne fut plus regardée que comme un effet du volume et de la pesanteur du foie. Le malade ne pouvait pas se coucher sur le côté gauche; l'infiltration était plus considérable à droite : mais tout cela s'expliquant par l'osbtruction du foie, on n'allait pas

au-delà, et le malade succomba quand tous ces symptômes furent portés au dernier degré.

Les médecins présens à l'ouverture du corps m'annoncèrent ce qu'ils pensaient de la maladie, et me firent toucher le foie, qui s'étendait jusqu'à l'ombilic, suivant leur expression. Je m'aperçus d'abord qu'il ne s'y étendait pas, mais qu'il y était présent par son déplacement, et sous un volume moindre que le volume naturel.

Le ventre ouvert, nous trouvâmes en effet le foie descendu jusqu'à la région ombilicale : il était sain, d'un volume médiocre, creusé à son sommet d'une cavité comparable à celle qu'on peut former avec la main. Cette cavité logeait le sommet d'un cône que le diaphragme formait à cet endroit. Le côté droit de la poitrine contenait sept à huit pintes d'eau; le diaphragme en était déprimé en proportion; et la compression graduée que cette masse avait opérée sur la convexité du foie, en avait peu à peu creusé la substance, sans l'avoir aucunement altérée. Le poumon, comprimé de toute part, était réduit au volume du poing; il était dense, mais point malade : enfin, le sac de cette hydropisie était principalement la plèvre costale; elle était épaisse de deux à trois lignes, érysipélateuse à l'intérieur, et couverte de points de suppuration. L'eau épanchée était généralement limpide, mais le fond en était bourbeux par le mélange d'une matière puriforme. Le fluide con-

tenait une grande quantité de matière qui a été coagulée par le vinaigre.

Le médecin qui soignait le malade depuis le commencement, eut la naïveté de dire qu'il avait en effet reconnu les signes de l'hydropisie, il y avait à peu près un an; mais que cette apparence s'était dissipée, et qu'il s'était accoutumé à la prendre pour une illusion.

Ce médecin avait raison, sans doute : l'inflammation érysipélateuse de la plèvre avait été la cause de l'hydropisie, et l'épanchement s'étant fait d'abord avec assez de promptitude, les signes en ont été aperçus par le médecin; mais il les avait lui-même oubliés, à mesure que la nature s'était accoutumée à la gêne de la respiration : la suite de l'épanchement s'est faite avec lenteur; des symptômes généraux et communs aux engorgemens du foie, comme à l'hydropisie de poitrine, sont venus détourner l'attention, et la routine a fait le reste.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Signes illusoires de l'hydropisie de poitrine.

Une femme âgée d'environ quarante ans, d'une assez bonne constitution, bien réglée, et n'ayant eu que des couches heureuses, était en butte à une difficulté de respirer habituelle; il lui était impossible de rester à son séant, non plus que de

se coucher sur le côté gauche : bientôt la moitié inférieure du corps devint œdémateuse, et successivement le côté droit de la moitié supérieure; une petite toux tourmentait continuellement la malade, qui n'expectorait qu'avec peine; il y avait presque continuellement de la fièvre avec faiblesse du pouls. Ce fut dans cet état qu'un médecin fut consulté; il n'hésita pas de prononcer l'existence de l'hydropisie de poitrine, déjà très-avancée : son traitement fut dirigé en conséquence; et, par le secours des diurétiques et des purgatifs, il parvint si promptement à diminuer l'œdématie générale, qu'on crut aisément à la vérité de son diagnostic. Cependant le symptôme principal était permanent, et faisait même des progrès : c'était la gêne de la respiration, la toux et la fièvre. La malade succomba après quinze jours des soins qui semblaient devoir lui être si favorables.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes le foie d'un volume à peu près triple de l'état naturel. Il était d'une couleur jaune foncée, et ressemblait à ce qu'on appelle vulgairement *un foie gras;* il ne débordait pas les cartilages réunis des fausses côtes, mais il soulevait le diaphragme, et remplissait les deux tiers de la cavité pectorale du côté droit; le poumon était sain d'un côté et de l'autre, sans adhérence, ni apparence d'épanchement : à droite, ce viscère était d'un volume moindre qu'à l'ordinaire, en proportion de la place

que le foie occupait dans la cavité pectorale de ce côté.

Il est évident que tous les symptômes qui avaient fait soupçonner l'hydropisie de poitrine dérivaient du volume du foie. La gêne de la respiration, l'impossibilité de se coucher à gauche, l'œdématie des parties inférieures dépendant de la pression du foie sur la veine cave inférieure, la toux fréquente, etc. : le tout s'explique très-bien par la seule maladie qne l'ouverture du cadavre ait fait découvrir.

TROISIÈME OBSERVATION.

Hydropisie de poitrine des deux côtés, arrivée au plus haut degré.

Je fus appelé, il y a quelques années, au secours d'un homme dont la force et l'embonpoint général annonçaient une bonne santé habituelle, mais gravement endommagée dans ce moment. En effet, ce malheureux était dans un état d'oppression inexprimable; à demi-couché sur son lit, il tenait ses deux bras écartés de son corps, et ils étaient œdématenx dans toute leur longueur; le visage était également tuméfié et les yeux infiltrés de sang. Le ventre, naturellement assez gros, était tendu comme un tambour, mais il y avait à peine enflure des extrémités inférieures.

Il n'était pas équivoque que ce malade était

affecté d'une hydropisie de poitrine à laquelle il allait bientôt succomber. Il était pauvre, et seul dans son grenier, sur un mauvais lit : je ne pus rien apprendre des gens qui l'entouraient en ce moment, et il me fut impossible d'entrer avec lui en une conversation qui pût m'instruire de l'histoire de sa maladie. J'appris seulement qu'il y avait peu de temps qu'il ne sortait plus pour aller exercer son métier de perruquier, et qu'il était ivrogne de profession. Il mourut le lendemain de ma visite.

Je ne pus pas faire l'ouverture de son cadavre avec tout le soin que j'aurais désiré; mais, ayant plongé le bistouri dans un des côtés de la poitrine, il en sortit une quantité d'eau que je ne pus point apprécier. Je fis la même opération au côté opposé de la poitrine, et l'évacuation ne fut pas moindre. Je pensai, par appréciation générale, que le plancher était couvert de huit à dix pintes d'eau. La poitrine devait en contenir encore une assez grande quantité.

Que l'on conçoive, si l'on peut, comment un homme vit dans une pareille situation, jusqu'à quel point il peut être privé de ses poumons, autant que le suppose la compression qu'ils éprouvaient par la présence d'une double hydropisie aussi considérable que celle que je viens de décrire. J'ai grand regret de n'avoir pas pu me procurer une histoire exacte de la marche de cette hydro-

pisie, la plus considérable dont j'aie jamais entendu parler.

J'ai déjà dit bien des fois que l'on reconnaissait les caractères de l'hydropisie de poitrine au commencement de la maladie ; et c'est en effet ce que démontre l'expérience journalière dans l'ouverture des sujets morts de maladie de poitrine, ou de quelque affection du cœur, qui existent rarement sans épanchement d'eau dans la capacité pectorale ; c'est aussi dans la maladie commençante que de jeunes médecins ont tenté l'opération de l'empyème, soit qu'ils aient eu l'intention de traiter l'hydropisie de la poitrine, ou celle du péricarde, que nous verrons qu'ils ont pris pour celle de la plèvre.

Il serait superflu de citer un plus grand nombre d'observations sur l'hydro-thorax : occupons-nous de l'opération de l'empyème.

IVe SECTION.

De l'opération de l'empyème.

ARTICLE PREMIER.

Empyème de pus.

J'ai parlé plus haut de l'ouverture des différens abcès qui peuvent se montrer à la circonférence de la poitrine, ou qui communiquent avec cette

circonférence, quoiqu'ils se présentent loin d'elle : en ce moment c'est de l'empyème proprement dite, ou de l'ouverture de la poitrine qu'il s'agit.

Quelquefois le foyer purulent que la poitrine contient est borné par des adhérences du poumon à la plèvre ; s'il ne forme pas tumeur évidente et œdématie au-dehors, on peut au moins soupçonner la tumeur : il y a écartement des côtes à cet endroit, une fluctuation équivoque ; mais surtout le malade s'est toujours plaint et se plaint encore d'une douleur dans le lieu où le dépôt s'annonce. C'est là qu'il faut faire l'ouverture. Ce foyer est bien en analogie avec celui qui aurait son siége dans le tissu cellulaire de la plèvre, en ce que les adhérences du poumon empêchent que l'ouverture ne communique avec la cavité générale de la poitrine ; mais il en diffère par la maladie de la substance pulmonaire dans le tissu de laquelle l'abcès avait son siége. Il en résulte que l'état du malade est fâcheux, quoique l'opération ne puisse lui être que salutaire, et n'entraîne pas les inconvéniens attachés à l'opération de l'empyème communiquant dans la cavité générale de la poitrine.

D'ailleurs, on n'est pas libre de choisir le siége de l'opération quand la maladie se prononce à un point de la circonférence de la poitrine. C'est en effet la preuve qu'il y a des adhérences du poumon à la plèvre, sur lesquelles on tomberait in-

failliblement, si on voulait opérer ailleurs qu'au lieu indiqué.

J'ai ouvert plusieurs fois de ces abcès bien éloignés de la partie déclive de la poitrine, dont la plaie de l'opération influait plus ou moins sur la respiration ; et cependant j'ai vu, après la mort, que les adhérences du poumon, sans être générales, auraient pu être rencontrées par l'opération faite dans tout autre endroit que le siége de la tumeur.

J'ai concouru à guérir un malade à qui j'avais fait l'ouverture d'une semblable tumeur entre la troisième et la quatrième des vraies côtes du côté droit, près de la naissance de leurs cartilages. L'air pénétrait dans la plaie ouverte, lors de la respiration, et entraînait en sortant une portion du pus du foyer; malgré cette circonstance il y avait certainement des adhérences qui empêchaient que le pus ne tombât sur le diaphragme, puisqu'il avait prononcé si haut, et que le malade a guéri par la consolidation du foyer supérieur.

C'est là l'opération dont on dit vulgairement qu'elle se fait dans le lieu de *nécessité*.

On appelle au contraire opération de l'empyème dans le lieu d'*élection*, celle qui se pratique au lieu le plus déclive de la poitrine; cependant c'est aussi l'endroit où la matière épanchée est arrêtée, et conséquemment où il est nécessaire d'ouvrir. Les différentes recherches que l'on fait pour juger

de cette partie déclive autorisent seules l'expression de *lieu d'élection*, adoptée par l'usage.

Lorsque tous les signes dont nous avons parlé se réunissent pour indiquer l'épanchement du pus sur le diaphragme, on place le malade sur le bord de son lit, la tête et la poitrine élevées sur des oreillers, et le corps tourné sur le côté sain. Alors décrivant avec le doigt une ligne horizontale du milieu de l'appendice sternale en arrière de la poitrine, on s'arrête à quelque distance du bord externe du muscle sacro-lombaire, et on est certain que le doigt répond entre la seconde et la troisième des fausses côtes, en comptant de haut en bas.

On peut arriver au même point en s'orientant de toute autre manière; et même je puis assurer qu'à un chirurgien anatomiste le coup-d'œil général fait connaître l'endroit où il faut opérer pour rencontrer la partie déclive de la poitrine. Il ne faut pas croire qu'il soit de rigueur de trouver ce lieu le plus bas; et il y a plus de sureté à opérer entre deux côtes supérieures, qu'à s'exposer à rencontrer le diaphragme trop près du siége de l'incision.

Alors on fait à la peau un pli qui croise deux côtes à angle droit, et l'on incise ce pli en travers. Derrière lui se trouvent les fibres du muscle très-large du dos, que l'on coupe également en travers de leur direction : par cette incision on a mis

à nu une assez grande longueur des muscles intercostaux et de l'espace inter-costal. On porte le doigt indicateur sur le bord supérieur de la côte inférieure, et l'on plonge le bistouri jusqu'à ce que l'on sente le défaut de résistance, qui annonce qu'on est arrivé au foyer : on donne environ un pouce d'étendue à cette incision. Le pus commence à s'échapper; il faut l'en empêcher en mettant le doigt sur la plaie; on y introduit ensuite une bandelette de linge fin, dont deux ou trois pouces de longueur restent au-dehors. Une compresse de linge fin est mise sur la plaie; puis un gâteau de charpie, des compresses, et un bandage de corps bien assujéti par un scapulaire, mais médiocrement serré. Enfin, le malade est invité à se coucher sur le dos, et un peu incliné du côté de l'opération.

Voici ce qui résultera de la conduite que je viens de prescrire. Il est notoire que la présence du pus dans la poitrine est en opposition continuelle avec le poumon, qui tend à se dilater : tant que la poitrine est intacte et que le pus s'amasse, le poumon est obligé de céder; mais aussitôt qu'il y a un défaut de résistance aux parois de la poitrine, le poumon rentre dans ses droits, et oblige le pus à sortir par l'ouverture. Le pus pénètre l'appareil; la bandelette de linge lui sert de filtre, et il ne s'échappe qu'en proportion de ce que la dilatation du poumon l'y oblige. Il n'y a pas de

risque que l'air extérieur borne cette dilatation du poumon, car l'appareil s'y oppose, et doit s'y opposer constamment.

A cet effet, on ne pansera la plaie que pour propreté. La même languette restera quand on voudra faire un nouveau pansement; le plumaçeau et la compresse enlevés, on tiendra les bords de la plaie en contact jusqu'à ce qu'on ait remis un nouveau linge sur la plaie, un gâteau de charpie, et le reste de l'appareil. On peut être certain que le poumon parviendra à se dilater autant qu'il en est susceptible; mais ce ne sera que par degrés, et à mesure que l'évacuation du pus lui laissera la place libre. D'autre part, la tendance du poumon à se dilater poussera le pus au-dehors, tant que cette tendance pourra avoir son effet; et l'on juge bien que jamais le poids de l'air atmosphorique ne s'y opposera, si la plaie reste constamment fermée par l'appareil.

Voyons maintenant ce qui doit se passer à l'intérieur. Tout foyer purulent est composé de deux parties, l'une qui est vraiment malade, et qui fournit le pus du foyer; l'autre qui est obligée de se prêter à l'amas du pus, mais qui n'est pas malade. Aussitôt que le pus est évacué, cette dernière partie du foyer revient sur elle-même, et la maladie se borne à la première. C'est pour cela que, le lendemain de l'ouverture d'un grand abcès dont on ne pouvait pas parcourir le foyer, on

le trouve rétréci, et souvent au niveau de ses bords.

La même chose arrive à la poitrine. Toute la portion du poumon qui n'était comprimée qu'accidentellement se dilate par la respiration, aussitôt que l'évacuation du pus le lui permet; et, par la suite, la quantité du pus fournie par le foyer ne sera plus qu'en proportion de la portion qui est le siége de la transsudation purulente. Toute surface en suppuration, tout ulcère tendent à guérir, soit par le rapprochement et l'agglutination des bords ou des surfaces, soit par dessiccation à la manière des grandes plaies avec perte de substance. Ainsi, en supposant que l'ulcération de la substance pulmonaire ne soit pas profonde au point que le pus ait issue par l'expectoration, ou dans le cas d'une simple suppuration des faces respectives de la plèvre, cette membrane établira une adhérence entre le poumon et la poitrine que la respiration aura mis en contact mutuel, ou bien les ulcères isolés tendront à une cicatrisation isolée, et le malade guérira spontanément.

Sans doute qu'il ne faut pas négliger le traitement interne qu'on croira nécessaire, soit pour soutenir les forces du malade, soit pour améliorer, s'il y a lieu, l'état des humeurs, et prévenir par là la détérioration du pus, ou y remédier. Il est constant dans notre art que le traitement interne contribue pour le moins autant à entretenir le

bon état des ulcères, ou à corriger ce qu'ils ont de vicieux, que ne le font les pansemens ou le traitement chirurgical.

L'importance des principes que nous avons posés sur la pratique de l'opération de l'empyème et sur les pansemens qui doivent suivre, est déduite du mécanisme de la respiration, et par conséquent doit être saisie jusqu'à l'évidence par le médecin anatomiste : mais s'il fallait appuyer leur vérité, cela nous serait facile, par la considération des inconvéniens graves qui résulteraient de la négligence de ces principes, ou qui résultent tous les jours de la conduite autorisée par la routine.

Supposons d'abord qu'à l'ouverture de la poitrine on veuille donner au pus le temps de s'évacuer en totalité, n'est-il pas évident que l'air atmosphérique en prendra la place, qu'il comprimera le poumon, et le privera même de la portion de dilatabilité que la présence du pus lui avait laissée? J'ai vu constamment les malades être près de suffoquer pendant qu'on donnait issue au pus, parce qu'ils étaient réduits à ne respirer que du côté opposé de la poitrine.

Que sera-ce donc si l'on engage le malade à tousser pour accélérer la sortie du pus? La toux, qui doit consister dans une forte expiration faite par la glotte, dans ce cas-ci ne sera que l'entrée de l'air dans la poitrine par la plaie, et son expul-

sion par la même voie, en entraînant plus ou moins de pus; mais n'est-il pas évident que le poumon n'y sera pour rien, qu'au contraire il restera comprimé par l'air, d'où résultera une suffocation menaçante?

Je suppose qu'on recommence une pareille manœuvre à chaque pansement, il est facile de juger qu'on mettra un obstacle insurmontable à la détersion du foyer et à l'adhérence du poumon à la plèvre, qui est cependant la meilleure voie de guérison, et ne peut résulter que de la dilatation du poumon par une respiration non interrompue.

Ce sera bien pis, si l'on se livre au conseil perfide de faire des injections dans le foyer du pus : à tous les inconvéniens mentionnés ci-dessus, se joindra encore celui d'irriter le foyer par la présence d'un corps étranger.

J'ai souvent entendu mettre en question si l'entrée de l'air dans la poitrine était pernicieuse; et, dans le cas de l'affirmative, comment l'air pouvait nuire en pénétrant dans la poitrine.

La réponse est bien simple; car il est évident que l'entrée de l'air dans la poitrine empêche le poumon d'être dilaté par celui qui pénètre par la glotte, et détermine même l'affaissement total que la présence du pus pouvait n'avoir pas consommé.

De plus, il est bien connu que l'entrée de l'air dans un foyer sanguin en détermine la pourriture.

Or, à cela près de la portion colorante, le pus contient les mêmes principes que le sang : surtout la matière lymphatique, si putrescible, y abonde, et la chaleur du foyer accélère encore sa dégénération. Il se peut que l'impression momentanée de l'air sur une plaie superficielle n'y apporte pas un dommage notable; mais dans le cas qui nous occupe une masse d'air pénètre dans une capacité, y est enfermée et doit y subir une altération dont l'effet est réciproque sur le pus et sur la surface de l'ulcère interne.

Nos pères, dans l'intention d'éviter l'entrée de l'air dans la poitrine, et pour en tenir l'ouverture libre, y introduisaient une tente mousse garnie d'un emplâtre agglutinatif. Il est évident qu'à tous les accidens précédens se joignaient encore ceux qui devaient résulter du séjour du pus dans le foyer, dont on sait que la présence augmente la quantité et fait dégénérer la nature.

Il reste donc la seule marche que nous avons décrite, à suivre pour obtenir la guérison d'un empyème de pus. Elle a pour base de faciliter et entretenir l'écoulement continuel du pus par la plaie, sans y permettre l'entrée de l'air. Si ce principe n'est pas vrai, il n'y a rien de vrai en physique.

ARTICLE SECOND.

Opération de l'empyème pour hydropisie de poitrine.

Nous avons dit, dans le cours de ce mémoire, qu'en général l'hydropisie de poitrine se laissait reconnaître dans son commencement, mais surtout lorsqu'elle est la suite d'une affection aiguë de la plèvre, parce qu'alors l'eau se répand avec assez de promptitude : aussi est-ce à cette époque que j'ai vu tenter l'opération de l'empyème.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Ouverture de la poitrine pour cause d'hydropisie ; mort du blessé.

J'ai été mandé un jour dans une salle de médecine de l'Hôtel-Dieu par Bichat, qui y était médecin expectant. Il me présenta un homme qui avait les signes d'une hydropisie de poitrine assez bien caractérisée, à la suite d'une pleurésie. Bichat voulait lui faire l'opération de l'empyème. Il ne me demandait que des conseils, et je n'avais pas l'autorité de le soumettre aux miens. Je lui représentai cependant les raisons que j'avais d'être contraire à son avis. Il n'en tint pas compte, et le malade fut opéré en ma présence. On pratiqua l'empyème au lieu le plus bas de la poitrine, et il sortit en effet environ une chopine d'eau assez

limpide, mais d'un jaune foncé. On détermina la sortie complète du fluide par le moyen dont j'ai montré plus haut les inconvéniens, et la plaie fut pansée avec une bandelette de linge et un emplâtre agglutinatif.

Dès le lendemain, le malade eut de la fièvre, la respiration laborieuse et du délire. La plaie donna une médiocre quantité de sérosité noirâtre, et le malade mourut dans la nuit.

Je n'ai pas pu être informé de ce qui a été trouvé à l'ouverture du corps; mais il est indubitable que l'entrée de l'air dans la poitrine, et les mouvemens inconsidérés auxquels le malade s'est livré pour l'expulsion du fluide, ont été des causes suffisantes du malheureux événement.

J'ai rapporté dans mon mémoire sur les maladies du cœur deux cas dans lesquels on a été induit en erreur par les signes communs entre l'hydropisie du péricarde et celle de la plèvre; mais cette illusion n'est pas ce qui nous importe en ce moment. Il est de fait que, dans les deux cas, on a opéré et traité l'hydropisie de poitrine, et on a vu que l'événement a été malheureux. Je remets à un autre moment de parler du traitement de cette hydropisie en elle-même; mais, comme la conduite a été celle dont les suites sont si funestes dans l'opération de l'empyème de pus, il n'est pas étonnant que les malades aient succombé à cette conduite routinière; il est d'ailleurs évident qu'on

a changé l'hydropisie en un empyème de pus par l'effet du traitement.

Avant de discuter d'autres observations intéressantes sur ce sujet, examinons jusqu'à quel point on peut espérer de guérir l'hydropisie de poitrine, et quelle sera la voie de cette guérison. Je ne fais mention ici que de l'hydropisie essentielle et comparable à toute hydropisie enkistée.

Un pareil amas d'eau, quelque part qu'il existe, suppose un état de la membrane séreuse tel, qu'elle ne soit plus capable de repomper l'humeur qu'elle a répandue.

Il n'y aurait donc, pour guérir la maladie, qu'une de ces deux conditions :

Ou rendre à la membrane séreuse la faculté de repomper l'humeur épanchée ;

Ou enlever à la membrane séreuse la faculté de répandre une humeur qu'elle ne peut plus repomper.

On réussit bien quelquefois, par les secours de la médecine interne, à rendre aux vaisseaux absorbans en général la faculté de repomper la sérosité épanchée ou infiltrée dans les hydropisies qui sont une maladie générale de l'individu, comme dans l'anasarque ou l'ascite ; mais je ne pense pas qu'on ait jamais réussi par une pareille voie à guérir les hydropisies enkistées : par exemple, l'hydropisie de l'ovaire, l'hydrocèle de la tunique vaginale des testicules, ou autre analogue.

Il reste donc à enlever à la membrane séreuse la faculté de répandre l'humeur qu'elle n'est plus capable de repomper, et c'est à quoi on réussit par divers moyens.

Lorsqu'il est question d'un hydrocèle par épanchement dans la tunique vaginale du testicule, on évacue l'eau par une ponction; on substitue à cette eau une liqueur spiritueuse et astringente, qu'on y laisse séjourner pendant quatre ou cinq minutes pour l'évacuer par la même canule : alors le testicule irrité se gonfle avec inflammation ; la tunique vaginale se resserre sur elle-même ; l'un et l'autre se trouvent en contact, et y restent assez long-temps pour contracter une adhérence intime ; les pores exhalans et les pores inhalans sont également oblitérés, et la maladie est guérie sans retour. Il existe encore d'autres moyens d'arriver au même but ; mais leur manière d'agir est toujours la même.

On peut réussir à procurer une guérison analogue, lors même qu'il n'y a pas d'organe susceptible d'y concourir par son gonflement, comme le fait le testicule. C'est ainsi qu'on a opéré la guérison d'une hydropisie enkistée de l'ovaire, ou isolée de tout organe, en déterminant le resserrement du kiste sur lui-même, après avoir fait une grande ouverture pour vider l'eau, avoir excité une suppuration interne plus ou moins abondante, et entretenu l'ouverture par le secours

d'une canule, assez long-temps pour que le kiste fût détergé et resserré au point de n'avoir plus de cavité propre à fournir de la suppuration. Dans un cas de ce genre, la plaie est restée fistuleuse, et sur un autre malade, elle ne s'est consolidée que deux ans après l'opération (1).

Il est à remarquer que ces succès ont eu lieu, malgré que l'hydropisie fût déjà fort ancienne, que l'eau y fût amassée à la quantité de douze à quinze pintes, et qu'elle eût déjà contracté une couleur et une odeur qui annonçaient la dégénération du kiste qui la répandait.

Il est bien évident qu'à la rigueur aucun des procédés dont nous venons de parler n'est applicable à l'hydropisie de la plèvre. S'aviserait-on de solliciter l'inflammation du poumon, ou de la plèvre pulmonaire, pour déterminer son adhérence avec la plèvre pectorale, en supposant même qu'on pût les établir et faire demeurer en contact, pour que leur adhérence résultât de cette inflammation?

On ne croira pas davantage qu'il soit possible de faire resserrer sur elle-même la membrane qui contient l'eau, comme on a déterminé le resserrement du kiste d'une hydropisie du ventre, qui a pris la forme d'une bourse sans cavité notable.

---

(1) *Voyez* les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, tome II.

Cependant on a réussi à guérir l'hydropisie de la plèvre par opération ; il en existe un exemple bien constaté, consigné dans le second volume des Mémoires de l'Académie de chirurgie. Analysons ce fait pour concevoir par quelle voie le malade a pu guérir.

Il était question d'un jeune homme qui, étant attaqué de la rougeole, éprouva tout à coup la suppression de l'éruption : la fièvre s'alluma ; le malade eut de l'insomnie, des douleurs à la tête, au cou, à toute la région épigastrique, et principalement à la poitrine, du côté gauche. Il survint une enflure œdémateuse dans tout le côté gauche du corps ; les douleurs de poitrine augmentèrent avec la difficulté de respirer, et l'étouffement fut porté à un point tel, que le malade avait de la peine à se remuer, à tousser, à cracher et à parler : il ne pouvait rester que couché sur le dos un peu incliné en avant ; il avait les yeux retirés, il tombait fréquemment en faiblesse, et l'on désespérait de sa vie. Cinquante-deux jours avaient suffi pour déterminer cet état extrême. M. Morand jugea qu'il y avait de l'eau dans le côté gauche de la poitrine et qu'il était urgent d'y faire une ponction : il plongea un trois-quart dans un espace inter-costal, à travers une épaisseur œdémateuse de plus d'un pouce. L'eau sortit par la canule à la quantité de cinq à six pintes : la dernière eau était purulente ; on en tira environ un verre. Le

malade parut rappelé à la vie; mais en sept jours l'eau s'amassa de nouveau, et l'on se détermina à faire une incision pour procurer l'évacuation complète et continue du fluide : il en sortit cinq pintes, et une quantité de pus plus considérable que la première fois ; on entretint la plaie avec une bandelette de linge, puis avec une canule. Tous les accidens de la maladie de poitrine cédèrent en moins d'un mois ; la plaie ne fournit qu'une quantité médiocre de suppuration, et l'on y faisait des injections détersives; enfin, trois mois n'étaient pas encore écoulés depuis l'opération, que l'introduction de la canule devint impossible, et, la plaie fournissant encore un peu de suppuration de bonne nature, la guérison ne fut radicale que le sixième mois du traitement.

Ce fait extrêmement intéressant nous montre une hydropisie aiguë, accompagnée de l'inflammation générale de la plèvre, produite par la répercussion de l'humeur de la rougeole. L'eau avait été répandue si promptement, que les symptômes de sa présence étaient urgens avant la fin du second mois de l'événement. On a extrait cette eau par une ponction, et l'état érysipélateux de la plèvre était bien manifesté par le pus trouvé dans la dernière partie du liquide : l'eau a dû continuer à se répandre, et l'a fait avec une si grande promptitude, qu'il a fallu se décider à ouvrir la poitrine dès le

septième jour après la première opération.

Il est évident que les accidens n'étaient si urgens que parce que le poumon n'avait pas eu le temps de s'accoutumer à la pression dépendant de la présence du fluide : il en est résulté que le malade a été éminemment soulagé par la première et la seconde évacuation, le poumon étant devenu libre de se dilater par la respiration ; il s'est donc appliqué aussitôt aux parois de la poitrine ; la plèvre, de part et d'autre, était préparée par l'inflammation à une adhérence qui a dû s'opérer avec une grande promptitude dans une étendue quelconque ; mais cette adhérence une fois commencée, les parties ont du s'attirer, pour ainsi dire, et augmenter ainsi l'étendue de l'adhérence. Cependant la suppuration a duré long-temps, la longueur des pansemens, l'abus des injections dans le foyer ont dû l'entretenir, et le malade a été six mois à guérir, tandis qu'on aurait peut-être obtenu cette guérison en moins de six semaines, si l'ont eût suivi le mode de pansement dont j'ai parlé pour l'empyème de pus. En effet, il est évident que ce foyer d'humeur aqueuse a été changé en foyer purulent, et que si l'une et l'autre matière avait pu s'écouler continuellement, étant poussée au-dehors par le mouvement de la respiration, et trouvant une plaie libre et une bandelette de linge propre à lui servir de filtre, l'adhérence, pour laquelle il existait des

conditions si favorables, se serait effectuée avec la plus grande promptitude, et le malade n'aurait pas été en butte aux accidens graves qui ont donné pendant long-temps de l'inquiétude pour sa vie.

Il y a une bien grande différence entre cette hydropisie, que sa cause et la promptitude de son développement disposaient à la guérison, et l'hydropisie essentielle dont la cause serait méconnue, ou ne dépendrait pas d'une inflammation de la plèvre propre à en préparer la guérison par voie d'adhérence.

Il faudrait en effet déterminer cette inflammation, sans laquelle on ne peut point espérer de guérison, et nous avons vu que, dans plusieurs cas, les malades ont succombé avant qu'une inflammation salutaire n'eût même amené une suppuration qui aurait pu tôt ou tard être suivie de l'adhérence des deux plèvres. Nous allons voir que dans un cas particulier où l'on est parvenu à changer le foyer de l'hydropisie en un foyer purulent, la mauvaise direction des pansemens a mis un obstacle absolu à l'adhérence, sans laquelle toute guérison est impossible.

Le fait que je vais rapporter est consigné dans une thèse soutenue à l'Ecole de Médecine. On a l'intention d'y faire valoir un nouveau procédé pour pratiquer l'opération de l'empyème.

Le médecin très-habile qui a fait cette tentative,

était persuadé sans doute qu'il suffirait d'extraire l'eau amassée dans la cavité de la plèvre, avec certaines conditions, pour qu'elle cessât de s'y répandre, ou que la plèvre redevînt capable de s'en emparer par absorption, comme il arrive dans l'état naturel. Cependant l'expérience aurait dû lui faire connaître que, dans toute hydropisie, la ponction n'est qu'un moyen palliatif; qu'elle n'est suivie de la guérison que lorsque la nature, aidée des remèdes internes, l'a opérée par avance, et que, dans les autres cas, la ponction, lorsqu'elle n'avance pas la perte du malade, est au moins d'une bien faible utilité.

Au lieu de ces vérités d'expérience, le médecin crut qu'il s'agirait de tirer l'eau de la poitrine par parties, et à des distances peu éloignées l'une de l'autre. En effet, il avait pratiqué une première ponction, et extrait une pinte du liquide, qui était de couleur jaune.

Mais une nouvelle collection s'étant faite avec rapidité et malgré le grand soulagement que le malade avait retiré de l'opération, le médecin conçut son projet de nouvelle opération, et l'exécuta ainsi qu'il suit :

Une incision de six lignes fut pratiquée aux tégumens, vis-à-vis le bord inférieur d'une côte; les tégumens relevés jusqu'au-dessus du bord supérieur de la même côte, on incisa les muscles intercostaux suffisamment pour l'introduction d'une

sonde de gomme élastique, à l'extrémité opposée de laquelle était adapté un petit robinet. Cela fait, on évacua, pour la première fois, deux pintes de liquide, et le robinet fut fermé : le malade éprouva un grand soulagement ; ce qui fit que, dès le soir même, on rouvrit le robinet, et l'on en évacua deux autres pintes. Le soulagement fut très-grand et l'on commença à sentir à gauche le cœur, que l'amas du fluide avait porté à droite.

Le jeune malade, plein de courage et d'espérance fondée sur le grand soulagement qu'il éprouvait, désira qu'on laissât sortir tout ce qui restait d'eau dans la poitrine, et cela fut exécuté : mais les dernières portions du liquide étaient sanguinolentes, et on en conclut que c'était le reste ; on décida donc de fermer la plaie. On fit retomber le petit lambeau de peau par dessus la côte ; la plaie fut fermée par son moyen, on la couvrit d'un emplâtre agglutinatif, et elle guérit sans peine.

Le meilleur état résultant de cette opération ne fut pas de longue durée ; la fièvre reparut, la diarrhée, la perte de l'appetit, l'amaigrissement du malade, symptômes qui avaient causé tant d'inquiétudes autrefois, se remontrèrent. On crut alors pouvoir calmer ces symptômes en appliquant deux sétons à la poitrine, l'un au-dessus de la mamelle, et l'autre près de l'angle des côtes (1) : on

(1) Je m'abstiens d'aucune réflexion critique sur l'opération que je viens de rapporter. C'est le premier pas vers cette époque

espérait par là détourner l'humeur qui se répandait de nouveau dans la poitrine, ou l'engorgement de la plèvre, qui amenait la dégénération du foyer de l'hydropisie; mais l'état du malade n'en étant pas amélioré, on supprima les sétons.

La fièvre fut combattue *par les sucs de bourrache, de grande pulmonaire et de cresson, pris dans du lait; le quinquina, la ciguë, le lait d'ânesse, la limonade cuite, la rhubarbe, la crême de tartre, etc.*

Du 16 *février au* 4 *du mois de juin, le malade*

---

si désirable, où les vrais médecins ne seront plus étrangers à aucune ressource de leur art; mais je ne puis m'empêcher d'observer combien les médecins espèrent faire de grandes choses avec de petits moyens, tandis que les chirurgiens ont tant de peine à réussir, lors même qu'ils emploient les moyens les plus énergiques. Un séton, deux sétons qui ne communiquent que dans le tissu cellulaire extérieur de la poitrine, pour évacuer un fluide contenu dans la cavité de la plèvre, laquelle n'a aucune communication avec le tissu cellulaire extérieur : cela rappelle une foule d'autres petites recettes, de médicamens sans énergie donnés à petites doses, mais dont au moins l'effet est de laisser la nature jouir tranquillement de ses propres ressources; et, quand le malade doit succomber, de le conduire à sa fin par la douce pente de l'espérance. C'est là sans doute une des plus utiles fonctions du médecin; mais les secours chirurgicaux n'ont pas une semblable prérogative : à mesure que les médecins se familiariseront avec eux, ils se dégoûteront de leur petites recettes, ou ne les emploieront que pour ce qu'elles valent.

ne cessa pas d'être en butte à la fièvre qui diminua, qui reparut avec force et accompagnée de céphalalgie, chaleur, fréquence du pouls, soif et inappétence..... les forces et l'appétit se perdent.... l'amaigrissement et la faiblesse sont considérables... la fièvre lente continue toujours... elle cesse le matin et reprend le soir.... l'épanchement paraît se former de nouveau, bientôt il est évident par le nouveau déplacement du cœur..... la pression épigastrique suffoque le malade..... cependant le malade résiste aux accidens, à la fièvre lente, qui augmente après le repas avec plus de chaleur; fréquence du pouls et sueur pendant la nuit.... Le 16 juin la cicatrice se rompt et donne issue à une chopine de pus blanc et inodore.... On a soin d'entretenir une compression douce sur la plaie pour empêcher l'entrée de l'air dans la poitrine..... Le 14 juillet, le médecin perd son malade de vue pour toujours; il est retourné dans son pays pour respirer l'air natal.

Tel est le résumé fidèle des observations faites journellement sur ce malade, et consignées dans la thèse soutenue aux Ecoles de Médecine le 31 août 1810.

Il ne sera pas difficile de réduire cette observation à ce qu'elle a d'utile aux progrès de l'art; il suffira de lui appliquer les principes établis sur la guérison des hydropisies qu'on peut appeler *hydropisies organiques*.

Le jeune homme avait une hydropisie de cette espèce. Extraire l'eau en masse ou par parties, n'était que remédier à l'effet. La maladie avait son siége dans le tissu de la membrane, qui répandait l'eau en trop grande abondance, ou qui ne la repompait pas en proportion. Il fallait donc imaginer un moyen de réparer ce vice d'organisation de la plèvre, après quoi la ponction aurait achevé la guérison. Mais comme ce moyen est encore à trouver, et sans doute sera long-temps ignoré, il fallait faire la médecine du symptôme, comme on est si souvent réduit à la faire ; c'est-à-dire qu'il fallait agir localement sur la plèvre pour la mettre hors d'état de répandre, et conséquemment hors du besoin de repomper la matière de l'hydropisie.

Cette guérison consistait à procurer l'adhérence de la plèvre pectorale avec la plèvre pulmonaire ; mais on ne peut parvenir à ce but que par le secours de l'inflammation des deux plèvres, soit que cette inflammation produise immédiatement l'adhérence, soit qu'il soit nécessaire qu'elle tourne à suppuration, pour avoir le résultat qu'on désire.

Nous avons vu que, dans la cure radicale de l'hydrocèle, on parvenait à produire, par l'irritation inflammatoire du testicule et de la tunique vaginale, le contact immédiat et l'adhérence successive de ces parties sans suppuration.

Au contraire, dans toute autre hydropisie enkistée où l'on n'a pas la ressource du gonflement

d'un organe limitrophe, on excite une inflammation suivie de suppuration ; l'ouverture libre du foyer facilite l'issue continuelle du pus ; les parois du foyer se resserrant, la cavité en est anéantie : ce qui équivaut à l'adhérence de ses parois.

Sans doute, comme nous l'avons déjà dit, ni l'une ni l'autre de ces ressources n'est applicable à l'hydropisie de la plèvre, et c'est pour cela qu'on parvient si difficilement à la guérir ; mais comme il est bien démontré que c'est là l'unique moyen de guérison, il faut tâcher de mettre en usage une méthode approximative.

Cette méthode ne consiste pas à tirer l'eau par partie et à des intervalles plus ou moins éloignés : il est certain que, dans les cas les plus favorables, après la première évacuation, l'eau continuera de se répandre comme auparavant. Il en arrivera de même après la seconde évacuation, la troisième, la quatrième, tant qu'elles ne seront que partielles. Pendant tout ce temps le poumon restera éloigné de la plèvre, et ne se disposera pas à l'adhérence nécessaire.

Lorsqu'enfin l'évacuation sera totale, l'état de la plèvre n'ayant éprouvé aucune modification, il n'y a pas de raison pour que l'adhérence s'opère.

Cependant il faut convenir que le contact des deux plèvres pourrait amener cette adhérence, en sollicitant une inflammation légère ; mais il fau-

drait pour cela que ce contact fût immédiat et de longue durée. Or, c'est ce qui n'arrivera pas; car l'eau ne tardera pas à suinter et à s'amasser dans la poitrine; et sa présence est un obstacle au contact, comme à l'inflammation des deux plèvres.

Au défaut de cette adhérence par inflammation et sans suppuration, il n'y a donc plus de ressource que dans une inflammation suivie de suppuration; c'est-à-dire que l'empyème d'eau doit se changer en une empyème de pus.

Malgré ce changement, on ne pourra pas assimiler ce traitement à celui d'une hydropisie enkistée, dont on parvient à procurer le resserrement et l'oblitération totale du kiste; car il est évident que ni la plèvre ni le poumon ne pourront se prêter à ce resserrement.

Il faut donc emprunter quelque chose de chacun des deux mécanismes de guérison, c'est-à-dire, tâcher d'établir un contact entre la plèvre pulmonaire et la plèvre pectorale, tel que, par ce moyen et après la suppuration, les membranes puissent adhérer entre elles. Pour cela, il ne faut pas que le pus séjourne dans la plèvre; car il rendrait le foyer intarrissable, s'opposerait au contact des parties, amenerait la dégénération putride du foyer et une mort inévitable.

Il serait tout aussi funeste d'évacuer le foyer à chaque pansement par les mouvemens de la

charpente de la poitrine, et avec l'inconvénient de l'entrée et du séjour de l'air dans la poitrine.

Nous voilà revenus, par une conséquence nécessaire autant que le principe est véritable, au mode de traitement que j'ai recommandé pour l'empyème de pus.

Il convient donc de faire une incision à la partie déclive de la poitrine avec les précautions que j'ai énoncées, d'y introduire une bandelette de linge, en laissant échapper le moins possible du fluide qu'elle contient, couvrir la partie d'un linge simple, mettre par-dessus un gâteau de charpie, une ou plusieurs compresses, et un bandage de corps peu serré, mais bien assujéti.

Alors le fluide coulera en détail hors de la poitrine; il y sera poussé par la dilatation du poumon; celle-ci se fera successivement en proportion de l'évacuation de l'eau; et comme l'air ne reviendra pas remplacer le fluide, la dilatation du poumon sera bientôt complète, et ce viscère s'appliquera et restera appliqué aux parois de la poitrine, suivant les lois imprescriptibles de la respiration.

Peut-être suffira-t-il de cette juste application pour déterminer une légère inflammation, qui sera suivie de l'adhérence; au moins sera-t-on maître de tenter cette voie aussi long-temps qu'on en espérera le succès, et sans que la santé du malade en soit altérée : en effet, il importe peu à sa sureté que ce soit naturellement, ou par art, que la

poitrine reste clause : l'essentiel est que l'air ne pénètre pas entre la plèvre et le poumon, et que le fluide trouve une issue toujours libre, mais qu'il ne soit dirigé vers cette issue que par la dilatation des poumons.

Que si ce moyen simple ne réussissait pas, on pourrait peut-être tenter quelque chose d'analogue à l'injection, par laquelle on guérit l'hydrocèle par épanchement; et je proposerais de laisser entrer l'air pendant un seul moment, en laissant la plaie ouverte. Nécessairement l'air se décomposerait dans la cavité pectorale; il produirait une irritation dont le degré serait médiocre, mais peut être suffisant pour amener l'inflammation désirée : on pourrait répéter cette espèce d'injection à plusieurs reprises et à des intervalles combinés. Je ne doute pas qu'on ne réussît enfin au but que l'on se proposerait d'atteindre.

Des essais bien mesurés conduiraient peut-être à faire dans la poitrine une injection un peu plus stimulante : par exemple, d'une décoction d'orge miellée et animée d'une petite partie d'alkool. Si, dans le traitement vulgaire de l'opération de l'empyème de pus, on abuse des injections faites dans la poitrine sans un danger imminent; si même quelquefois on est parvenu à guérir des malades, malgré les inconvéniens qui doivent naître de ce mauvais traitement, il est plus que probable qu'on en ferait un moyen salutaire dans la ten-

tative que je propose, d'autant plus qu'on aurait grand soin de ne pas laisser long-temps la plaie ouverte, de ne pas faire exécuter au malade, pour la sortie du fluide injecté, ces mouvemens de respiration et de toux auxquels la poitrine ouverte ne peut pas participer, et qu'enfin le séjour du fluide injecté ne durerait que jusqu'à ce que le mouvement de la respiration l'ait poussé au-dehors, comme il est arrivé au fluide de la maladie.

Le résultat de ce traitement serait une inflammation médiocre, que peut-être l'adhérence des parties suivrait immédiatement sans suppuration, et à l'aide de l'application du poumon à la poitrine, entretenue par la respiration.

Ou bien l'inflammation serait plus grave; elle produirait de la fièvre, et les accidens qui caractérisent la pleurésie. Alors on se comporterait en conséquence, on traiterait le malade de cette pleurésie factice, et peut-être guérirait-elle encore sans suppuration, et produirait-elle plus surement l'adhérence des parties.

S'il arrivait enfin que la pleurésie factice se terminât par suppuration, on aurait à traiter une empyème de pus très-simple, dont on serait sûr que l'abcès ne pénétrerait pas la substance pulmonaire, et qu'on parviendrait à guérir en suivant les principes de conduite que j'ai établis, bien plus surement et plus facilement qu'une em-

pyème de pus primitive, et sur-tout qui serait traitée suivant la méthode routinière.

J'avoue qu'il manque à la théorie lumineuse que j'ai établie, le sceau de l'expérience. Je n'ai jamais eu l'occasion d'en faire l'application, quoiqu'elle soit établie dans mon intelligence depuis que je connais le mécanisme de la respiration ; mais c'est un de ces cas dans lesquels on peut juger à *priori*. Demande-t-on à un mathématicien la preuve par expérience d'un résultat démontré par le calcul le plus exact. Si même quelquefois sa machine venait à manquer, le rendrait-on responsable des frottemens et de la résistance des milieux ? Ma comparaison est rigoureuse, puisque ma théorie est fondée sur les lois éternelles de la physique.

Corollaires de ce mémoire.

1° Les épanchemens dans la poitrine sont des maladies très-graves, difficiles à guérir, soit par leur nature, soit à cause de l'importance de la respiration.

2° Les épanchemens sanguins sont mortels lorsqu'ils dépendent de l'ouverture d'un vaisseau assez considérable pour que le malade soit entre le danger du renouvellement de l'hémorragie, si l'on pratique l'opération de l'empyème, ou celui de périr de suffocation, si l'on ne pratique pas l'opération.

3° Si l'épanchement de sang provient d'un vaisseau de médiocre volume et peut être suspendu, soit par la faiblesse du malade, soit par la pression même du sang épanché, ou par la formation d'un caillot, de telle façon que la nature ait le temps de s'accoutumer à la gêne produite par la présence du fluide : alors cette gêne diminuera par l'absorption de la partie séreuse du sang; le coagulum lui-même s'atténuera par degrés, et l'épanchement se terminera par résolution : il n'y a pas de prescription pour le temps que la nature emploiera à opérer cette terminaison. Si enfin le foyer sanguin dégénérait, les suites en seraient très-fâcheuses ou mortelles, ou bien il en résulterait l'équiquivalent d'une empyème de pus que l'on traiterait suivant les principes à déduire.

4° Il se fait des inflammations dans toutes les régions du tissu cellulaire qui entoure la poitrine; et lorsqu'elles se terminent par suppuration, il en résulte des foyers purulens qui prononcent dans le lieu même de l'inflammation, ou se portent au loin et à différentes distances, par la communication du tissu cellulaire de la poitrine avec celui des parties environnantes.

Ces inflammations et suppurations sont souvent le produit d'un vice des humeurs, et entraînent la carie des os, ou commencent par elle.

Quelquefois aussi une percussion les détermine.

5° Quand la maladie est simple, purement lo-

cale, le pus placé dans un lieu accessible et à l'endroit même de l'inflammation, on a affaire à un abcès qu'il faut ouvrir simplement.

Si l'abcès a son siége derrière le sternum, et qu'il ne prononce pas latéralement, ou au-dessous de cet os, il faut le trépaner pour donner issue au pus.

6° Lorsque la maladie est accompagnée de la carie ou dénudation d'un os, on peut, dans les cas simples, attendre l'exfoliation du travail de la nature.

Quand au contraire un vice des humeurs l'a produit, il faut traiter et déraciner ce vice avant de toucher au mal local ; et si la maladie de l'os est profonde, ancienne, ou fait trop attendre sa guérison, il faut retrancher l'os malade. Dans tous les cas, la plèvre restant intacte, la respiration n'est point endommagée, et la nature parvient à guérir ces plaies avec perte de substance osseuse, en cicatrisant à la fois et par un développement uniforme toutes les parties qui concouraient au foyer purulent.

7° Quand le foyer de pus formé au-devant des vertèbres du dos chemine le long du tissu cellulaire qui parcourt la longueur de la colonne vertébrale pour prononcer dans le ventre, dans une région iliaque, sous l'arcade crurale, ou à une région quelconque de la cuisse, il ne faut point ouvrir ces dépôts purulens. Leur ouverture spon-

tanée, ou faite par art, détermine la mort des malades plus promptement qu'elle n'aurait eu lieu sans ces ouvertures.

8° L'amas du pus dans la poitrine peut résulter de l'inflammation de la plèvre pectorale, de celle de la plèvre pulmonaire, de toutes les deux à la fois, ou de la substance du poumon.

9° Quoique les signes de cette sorte d'épanchement soient plus évidens que ceux de toute autre, il est pourtant possible de s'y tromper. Un épanchement de lymphe coagulée dépendant d'un engorgement lymphatique de la plèvre, a donné tous les signes d'un épanchement qu'on pouvait croire être de pus.

10° Le pus contenu dans la poitrine peut être fixé à un point de sa circonférence par des adhérences du poumon à la plèvre, aux environs du foyer qui lui a donné naissance, comme il peut obéir à son poids et tomber sur le diaphragme.

11° Quand le foyer est jugé répondre à un point de la circonférence de la poitrine, c'est là qu'il faut l'ouvrir, ce point serait-il au lieu le plus élevé de la poitrine, puisqu'on risquerait de tomber sur des adhérences en ouvrant dans tout autre point.

12° Quand le pus pèse sur le diaphragme, il faut ouvrir la poitrine entre la seconde et la troisième fausse côte, en comptant de haut en bas et à deux travers de doigt du bord externe du muscle sacro-lombaire. On est sûr de rencontrer ce point

en tirant une ligne horizontale, du milieu de l'appendice sternale à la partie postérieure de la poitrine.

13° On incise la peau et le muscle très-large du dos dans la direction de l'espace inter-costal, puis on pénètre dans la poitrine et l'on arrête avec le doigt le pus qui tendrait à sortir à flots, et qui serait bientôt remplacé par l'air atmosphérique. On introduit une bandelette de linge dans la poitrine, on couvre la plaie d'une toile simple, on met par-dessus un gâteau épais de charpie, des compresses et un bandage de corps bien assujéti, mais peu serré.

14° La situation du corps et le mouvement de la respiration porteront continuellement le pus vers la plaie, comme le lieu le moins résistant, et l'évacuation s'en fera graduellement et complétement, même à mesure qu'il s'en formera.

15° Il serait dangereux ou mortel de laisser la plaie ouverte, sous prétexte de faciliter la sortie du pus, ou de la fermer avec une tente, dans l'intention d'en entretenir l'ouverture, encore davantage de faire tousser le malade pour produire le même effet. Les injections même entraîneraient de grands inconvéniens, et elles ne sont pas nécessaires pour déterger un foyer dont le bon ou le mauvais état dépendent d'une disposition intérieure, sur laquelle les secours internes ont plus d'efficacité que les topiques. Le danger de tous ces mauvais procédés

s'explique par les lois de la respiration. L'effet du traitement bien dirigé sera l'adhérence des deux plèvres, seul moyen de guérison d'une empyème de pus.

16° L'hydropisie de poitrine, simple maladie organique, se forme et s'accroît avec lenteur; les symptômes qui l'accompagnent ne s'annoncent souvent que lorsque le malade est près de périr.

Si l'hydropisie dépend d'une maladie habituelle du poumon, l'épanchement se fait un peu plus rapidement, mais les symptômes s'en confondent aisément avec ceux de la maladie du poumon asthmatique, catarreux, ou avec ceux d'une maladie du cœur. Quand l'hydropisie dépend d'une inflammation de la plèvre, l'eau se répand très-vite dans le commencement, et les signes en sont évidens; elle se répand plus lentement par la suite, et ces signes disparaissent en proportion, parce que le poumon s'accoutume à la présence du fluide.

17° Quelquefois des maladies étrangères à la poitrine agissent tellement sur la respiration, qu'elles donnent les signes illusoires d'un épanchement, ou éloignent l'attention de l'existence réelle d'un épanchement.

18° La ponction que l'on ferait à l'hydropisie de poitrine ne saurait la guérir, quand même on tirerait l'eau à plusieurs reprises, par la raison que cette évacuation ne change rien à la maladie de la plèvre qui cause l'hydropisie; ce qui arrive en pareil

cas, c'est le changement de l'hydropisie en une empyème de pus.

19° Pour traiter méthodiquement l'hydropisie de poitrine, il faut, comme pour l'empyème de pus, ouvrir la poitrine, mettre une bandelette de linge dans la plaie, fermer cette plaie avec l'appareil décrit plus haut, et laisser l'eau sortir en détail et à mesure que le poumon, par sa dilatation, la poussera au dehors.

20° L'effet de ce mécanisme sera d'appliquer le poumon à la poitrine; ce qui pourra déterminer leur adhérence. S'il survient une inflammation légère, l'adhérence aura lieu d'autant plus surement. Si l'inflammation est grave, on la traitera comme une pleurésie ordinaire. Enfin, si elle se termine par suppuration, on aura à traiter une empyème de pus; et dans tous les cas l'adhérence du poumon à la plèvre produira la guérison, qui n'a jamais lieu que par cette adhérence.

21° Enfin, si l'on croyait nécessaire de déterminer une inflammation légère, on pourrait laisser entrer de l'air dans la poitrine, à une ou plusieurs reprises; il serait même indiqué d'y faire une injection légèrement stimulante, et dont l'effet le plus grave serait la suppuration de la plèvre, qu'on traiterait comme l'empyème de pus, et qui se terminerait par l'adhérence des parties et l'oblitération des sources de l'hydropisie.

SECOND MÉMOIRE

SUR LES HERNIES ABDOMINALES.

Tous les praticiens conviennent qu'il n'y a pas de maladie chirurgicale qui offre autant de variétés et de complications intéressantes que les hernies. Ces variétés ne sont pas de purs objets de curiosité : elles influent sur le succès du traitement et de l'opération, soit par leur nature, soit par l'impossibilité où l'on est de les prévoir ou d'y remédier. Il en résulte que très-souvent on ne les reconnaît qu'après la mort du malade.

Cependant on ne peut trop multiplier les observations de ce genre. L'expérience donne de l'aptitude à prévoir ces cas difficiles, et dans plusieurs occasions cette prévoyance dirige avec succès la conduite du chirurgien.

Le premier objet qui se présente à considérer, et qui, s'il n'est pas le plus important, cause cependant quelquefois de l'inquiétude au chirurgien, et exige de l'habitude à opérer, c'est le sac herniaire s'offrant sous diverses modifications.

Lorsque la hernie inguinale est ancienne, le sac acquiert graduellement une épaisseur indépendante du tissu cellulaire du scrotum, et cette épaisseur augmente encore par la pression du bandage dont le sujet a pu faire usage. Le sac

semble couvert d'un tissu filamenteux, dont les cellules ont quelquefois une telle étendue, qu'on croirait, à leur ouverture, pénétrer dans la cavité du sac herniaire : souvent même on rencontre une poche contenant de l'eau, comme si c'était le sac herniaire lui-même. On enlève des couches nombreuses de ce tissu cellulaire, qui devient de plus en plus dense, et se rapproche enfin d'une telle sorte, qu'on est contraint d'inciser à la fois le reste du sac herniaire, et de pénétrer dans sa cavité. Quand on agrandit son ouverture de haut et de bas, on reconnaît une épaisseur et une densité totale qui ressemblent quelquefois à un tissu aponévrotique, ou qu'on pourrait comparer à ces poches membraneuses qui servent d'enveloppe aux tumeurs enkistées; enfin le développement des membranes est tel, qu'elles contiennent souvent dans leur épaisseur des vaisseaux d'un gros volume, et qui fourniraient une hémorragie, si l'on n'en faisait pas la ligature.

On ne peut attribuer une telle épaisseur et densité du sac herniaire qu'à la distension qu'une hernie volumineuse opère sur le prolongement du péritoine, ou à la pression du bandage. La première cause suffit pour produire cet effet, puisqu'on l'observe constamment sur des hernies volumineuses, et pour lesquelles le sujet n'a jamais fait usage de brayer.

Dans les hernies inguinales récentes, ou dans

celles dont un violent effort a subitement augmenté le volume, le sac herniaire est mince, indépendamment de l'embonpoint du tissu cellulaire qui l'environne; ce qui oblige à toujours agir avec précaution quand on procède à son ouverture, dans la crainte de blesser les parties contenues.

Si l'inflammation causée par l'étranglement a marché avec lenteur, le sac contient plus ou moins d'eau, dont la fluctuation est sensible quand le sac est à nu; ce qui engagerait à l'ouvrir hardiment: mais cette apparence est souvent illusoire, ou bien une adhérence de l'intestin au sac pourrait se rencontrer vis-à-vis le lieu où on voudrait l'entamer, et on risquerait de blesser les parties intérieures.

Dans toutes les suppositions, il est prudent de disséquer le sac herniaire, couche par couche, et de n'arriver dans son intérieur que par une coupe oblique. Quand cette précaution serait inutile, elle ne pourrait jamais nuire, et l'on se met à l'abri par elle de tous les événemens qu'une conduite contraire pourrait entraîner.

Enfin il n'est pas rare qu'à l'instant où l'on incise l'anneau du muscle grand oblique, ou l'arcade crurale, il s'écoule du ventre une quantité d'eau assez abondante; et c'est l'indice d'une inflammation déjà propagée aux viscères de la capacité abdominale, ou au péritoine qui les enveloppe.

Une dernière considération que présente le sac dans les hernies inguinales, est sa multiplicité

successive. J'en ai rencontré beaucoup d'exemples, qui ne laissaient aucune équivoque. Je les ai presque toujours reconnues par la présence de l'épiploon, qui étant resté adhérent au sac le plus inférieur, et par conséquent le plus ancien, remplissait un second prolongement du péritoine, qui subissant à son tour un rétrécissement très-marqué, était enfin suivi d'un troisième prolongement, dans lequel on trouvait, avec l'épiploon, une portion d'intestin plus ou moins volumineuse.

On conçoit facilement la succession de ces prolongemens du péritoine dans un sujet qui a appliqué un bandage sur une hernie épiploïque non réduite. La membrane graisseuse contracte adhérence avec le sac, et empêche l'intestin de s'y introduire. Le malade peut alors se croire guéri, et renoncer à son bandage. L'épiploon sorti en attire une nouvelle portion : le prolongement du péritoine s'accroît et reçoit bientôt l'intestin; ce qui engage le malade à reprendre son bandage. L'épiploon resté dans le sac peut contracter une nouvelle adhérence, fermer le passage à l'intestin, et le sujet être de nouveau conduit à négliger de porter son brayer : d'où il résulte un nouvel alongement du péritoine, et la descente nouvelle de l'intestin. J'ai ainsi rencontré trois sacs herniaires, dont le premier, voisin de l'anneau, contenait l'intestin et l'épiploon; le second, l'épiploon seul, mais en assez gros volume; et le troisième, la pointe de

l'épiploon, adhérent à la plus ancienne portion du sac herniaire. Nous verrons qu'une pareille disposition s'est rencontrée dans une hernie congénitale, et que le prolongement épiploïque était adhérent au testicule dont la tunique vaginale ne communiquait plus avec la portion supérieure du sac herniaire.

Je pourrais appuyer ce que je viens de dire sur les modifications que présente le sac herniaire, de beaucoup d'observations qui m'ont fourni ces résultats; mais elles n'ajouteraient rien à mon énoncé général, et les hernies ne sont pas plus graves, ni l'opération plus dangereuse par les complications qui résultent des variétés que le sac herniaire peut offrir. Elles rendent seulement le procédé opératoire plus embarrassant, et prescrivent la conduite mesurée dont j'ai fait mention. D'ailleurs, nous ne manquerons pas de les faire observer dans l'histoire de faits plus intéressans sous d'autres rapports, que sous le point de vue des modifications du sac herniaire.

Nous devons nous occuper dans ce mémoire de complications d'une très-grande importance, et qui rendent communément l'opération infructueuse, soit parce qu'il a été impossible de les prévoir, et qu'on ne les reconnaît qu'après la mort des malades, soit parce qu'elles sont si graves de leur nature, qu'elles surpassent effectivement les ressources de notre art.

Nous avons rapporté, dans notre premier mémoire, des exemples de succès nombreux de l'opération de la hernie, en faisant connaître comment l'art et la nature ont contribué au salut des malades. Nous réunissons dans celui-ci toutes les causes qui ont empêché l'efficacité des ressources de l'art, et surpassé celles de la nature.

Ire SECTION.

Causes et complications extraordinaires d'étranglement de hernies.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Hernie à double sac, accompagnée d'une hydrocèle de la tunique vaginale, et dont la cause de l'étranglement était dans le ventre. Mort du malade; anatomie des parties.

Béatrice Laurent, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament assez vigoureux, s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, le 20 juin 1809, ayant une hernie inguinale du côté droit, compliquée d'étranglement. Ce jeune homme portait sa hernie depuis un temps indéterminé : il me rappela que je la lui avais réduite plusieurs fois, et notamment deux ans avant ce jour; qu'il avait eu alors des accidens très-graves qui avaient cédé à la réduction, et que je lui avais dit qu'il portait une hydrocèle jointe à sa

hernie. Pour cette fois, la hernie de Laurent était sortie depuis la veille dans l'après-midi, et avait déterminé quelques vomissemens et des hoquets. Elle ne rentrait jamais complétement; mais un effort particulier en avait beaucoup augmenté le volume.

Tous ces renseignemens pris, j'examinai la tumeur : elle était composée de deux portions séparées par un léger rétrécissement, et faciles à distinguer par la fluctuation que présentaient la tumeur inférieure, sa forme égale, son insensibilité, et le testicule qui en faisait partie. C'était l'hydrocèle, qui n'avait pas fait de progrès notables depuis deux ans, et dont le volume était assez médiocre pour ne pas empêcher de toucher le testicule, qui était sain.

La tumeur supérieure était inégale, d'un volume semblable dans toute sa longueur, douloureuse au toucher, et cependant point tendue auprès de l'anneau. On ne parvenait à en réduire aucune portion par le taxis; mais elle était souple, et je conçus dès ce moment que l'étranglement de cette hernie pouvait bien être au-dessus de l'anneau et étranger à son contour. Cependant l'étranglement était récent, le malade n'avait pas vomi depuis la veille, et le ventre était peu douloureux : je crus qu'il était convenable de tenter des secours propres à faire éviter l'opération ; c'était même le vœu bien prononcé du malade.

En conséquence, je prescrivis une saignée copieuse, un bain tiède aussi long que le malade pourrait le supporter, et l'application d'un cataplasme émollient. Je plaçai un oreiller sous les jarrets pour relâcher les muscles abdominaux; et le malade attendit le lendemain, muni de ces secours généraux. Cette attente ne devait durer que treize heures, et il semblait que rien ne devait péricliter.

Le lendemain, à sept heures du matin, je trouvai la tumeur très-douloureuse au toucher, la totalité du ventre ne l'était pas moins; il n'y avait point eu de vomissement, mais les hoquets étaient fréquens. Le pouls était dur, tendu, et la peau brûlante. Quoiqu'il fût impossible de tenter la réduction, l'intestin ne paraissait pourtant pas serré dans l'anneau. La nature de ces accidens me confirma dans l'idée d'un étranglement interne; et, sans être assuré de pouvoir y remédier, je me décidai à pratiquer l'opération sur-le-champ.

La peau fut incisée seulement le long de la moitié de la tumeur totale, ne voulant pas ouvrir le sac de l'hydrocèle; cependant il se trouva légèrement entamé, et l'eau s'en évacua complétement : ceci se passa avant que le sac herniaire ne fût ouvert.

Le sac fut disséqué avec assez de peine : il avait une grande épaisseur, et il fallut lier plusieurs artères situées à sa surface. Je reconnus qu'il était

ouvert par la saillie que fit une portion d'épiploon, et j'achevai d'inciser le sac dans toute sa longueur : alors l'épiploon se présenta sous une grande largeur, et cachant le reste de la hernie. Il descendait jusqu'au bas du sac; et s'engageait par une ouverture ronde et étroite dans la poche qui avait contenu l'eau de l'hydrocèle : il adhérait fortement au contour de ce trou, qui en était exactement fermé. Il fallut donc couper cet épiploon en travers, pour découvrir l'intestin situé dans la partie la plus postérieure du sac herniaire : il y était comme cantonné. Quoique la portion étranglée formât une anse, elle était cependant peu volumineuse, ne contenant ni air ni matière dans son intérieur, mais ayant ses parois épaisses, d'une rougeur vive et très-sensible au toucher, qui provoquait les cris du malade. Il était facile de juger que l'intestin était entassé dans l'ouverture qui lui donnait passage, au point de ne pouvoir admettre ni air ni matière stercorale. L'anneau était trop libre pour être la cause de cet étranglement : cependant je l'incisai, pour tenter la réduction de l'intestin; mais je le refoulai vers l'intérieur, en causant une vive douleur au malade, et sans en faire rentrer la moindre portion. J'introduisis alors mon doigt dans le ventre par l'anneau, et, à deux pouces de hauteur, je sentis une ouverture ronde, remplie par l'intestin. Le contour de ce trou faisait sur le doigt l'impression d'un bord tranchant, et s'éten-

dait en une membrane. Je glissai alors, avec grande précaution, un bistouri boutonné (1), le long de mon doigt, et fis une assez grande ouverture à cet anneau membraneux, pour que la réduction de l'intestin pût être opérée avec facilité et beaucoup moins douloureusement que lorsque je faisais des efforts inutiles pour l'obtenir.

Je retranchai une portion de l'épiploon; les vaisseaux principaux en furent liés, et la plaie pansée suivant l'art.

Il n'était pas difficile de prévoir que l'opération serait infructueuse, et que l'inflammation générale était trop avancée pour ne pas se continuer. En effet, les hoquets ne firent qu'augmenter : le ventre se ballonna, le pouls devint petit, serré et irrégulier, et dès le soir de l'opération la face du malade était décomposée. Il eut dans la nuit une grande évacuation alvine, qui annonçait l'état d'affaissement et de gangrène, et il mourut dans la matinée.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes que l'épiploon communiquait dans la tunique vaginale, y adhérait à l'épididyme d'une adhérence très-ancienne, et fermait la communication de cette tunique vaginale avec le sac herniaire. La hernie

---

(1) Le bistouri caché aurait peut-être été préférable pour un chirurgien moins accoutumé que je ne le suis à l'usage des instrumens.

avait donc été congénitale; et le malade ayant porté un bandage sans opérer la réduction complète de l'épiploon, celui-ci avait contracté adhérence tant avec le contour de l'ouverture qui lui donnait passage, qu'avec l'épididyme qui était voisin. Il est possible que l'hydrocèle ait tiré son origine de ces mêmes circonstances : du reste, le testicule et la tunique vaginale étaient sains.

L'épiploon, resté là, a entretenu la hernie épiploïque et la dilatation de l'anneau : par conséquent l'intestin avait conservé la faculté de s'y engager, et d'augmenter graduellement l'étendue du sac herniaire et le volume de la hernie.

L'incision cruciale des parois du ventre nous découvrit un gonflement universel du tube intestinal, avec rougeur et inflammation générale. L'épiploon, étendu en largeur de gauche à droite, couvrait les intestins et y adhérait par inflammation. Une grande quantité de sérosité puriforme, mêlée de concrétions lymphatiques, était répandue partout où il y avait de l'espace, et beaucoup de ces concrétions étaient appliquées à la surface des intestins, qui adhéraient généralement entr'eux par l'effet de l'inflammation, laquelle était aussi considérable que je l'aie jamais rencontrée.

Nous vîmes l'intestin qui avait formé la hernie, réduit dans le lieu le plus convenable : il était distinct par une inflammation plus vive qu'ailleurs, et

se déchirait aisément entre les doigts : sa longueur était à peu près de six pouces.

L'anneau membraneux que j'avais coupé se distinguait très-bien. Sa partie antérieure, séparée en deux portions par l'opération, était continue au péritoine des parois antérieures du ventre : la partie postérieure était un pli transversal, partant du péritoine qui couvrait la face postérieure de la vessie, et se portant transversalement vers le muscle iliaque. Ce pli avait d'autant plus évidemment la forme d'un ligament de la vessie, que son parallèle existait du côté opposé, quoiqu'il n'y eût pas de hernie de ce côté. Il était continu à un semblable pli, formé par la partie antérieure du péritoine, et sur lequel mon incision était tombée. Je rapprochai les deux bords de l'incision, et nous eûmes une ouverture circulaire qui était comme la queue courte d'un entonnoir, dont le sac herniaire formait le pavillon. Cette ouverture, ronde et tranchante sur son bord, avait à peine cinq lignes de diamètre. Cet anneau interne était moins élevé au-dessus de l'anneau du muscle grand oblique, qu'enfoncé dans le petit bassin et en arrière, presqu'au niveau de la face postérieure de la vessie urinaire.

Il est bon d'observer que ce sac herniaire était la continuation immédiate de la tunique vaginale du testicule, oblitérée dans son trajet par l'adhérence de l'épiploon, et dont la moitié supé-

rieure faisait sac herniaire : or le testicule une fois arrivé au fond du scrotum, le prolongement du péritoine qui l'avait entraîné ne pouvait plus s'agrandir en arrière, et la hernie qui s'y était engagée ne pouvait plus dilater le sac qui la contenait, que par la partie antérieure : d'où est résulté le rétrécissement vis-à-vis le pli du péritoine immobile, et continu au péritoine de la vessie.

Je donne cette explication pour ce qu'on voudra, et je conçois qu'elle n'est d'une clarté évidente que pour moi, qui ai les parties sous les yeux, et qui en étudie tous les rapports avec une scrupuleuse attention.

Cette observation est intéressante à beaucoup d'égards : d'abord elle est un exemple de ces hernies étranglées, avec une forte constriction de l'anneau. L'effet est le même, soit que l'anneau soit celui du muscle grand oblique, soit que ce soit toute autre ouverture analogue, qui donne passage à l'intestin. Dans tous ces cas, l'inflammation marche avec une telle vitesse, et a une intensité telle, qu'elle ne se borne pas à l'intestin de la hernie, mais se propage dans tout le système abdominal, et que souvent il est déjà trop tard pour opérer avec succès après quinze ou vingt heures d'étranglement. Sans doute Laurent ayant éprouvé l'issue de sa hernie, le 19 au soir, ne devait pas paraître dans un danger pressant le lendemain à pareille heure, en en jugeant par la sou-

plesse de la tumeur vis-à-vis l'anneau. Mais quoiqu'il y eût peu de vomissemens, les hoquets donnaient un symptôme extrêmement grave, et sur lequel j'aurais eu les yeux ouverts, si ce sujet de crainte n'eût pas été contrebalancé par la mollesse de la tumeur.

J'eus en effet l'idée d'un étranglement intérieur; mais j'aurais dû insister davantage sur cet aperçu, avoir égard à la sensibilité du ventre et de la tumeur qui se développait déjà; me représenter que, quelque part qu'existât l'étranglement, ces symptômes précipités en annonçaient la gravité, et indiquaient l'urgence de l'opération. Au lieu de cela, je pensai que le bain, une copieuse saignée, l'application des émolliens et une situation favorable pouvaient conduire à la réduction; qu'au moins ces secours retarderaient la marche de l'inflammation, et qu'il serait temps d'opérer le lendemain; mais c'était trop tard. Cependant il faut convenir que, même lors de ma première visite, la cause de l'inflammation avait déjà agi avec assez d'énergie pour que le sort du malade fût décidé, et que la maladie aurait eu le même résultat, malgré l'opération. Au reste, on juge toujours sainement après l'événement: la difficulté est de rencontrer juste quand on est entouré d'illusions, et qu'on est placé entre le désir de traiter un malade avec ménagement, et la nécessité de prendre le parti le plus sévère.

Une seconde considération importante dans notre observation, c'est cette hernie congénitale, réduite à une petite portion d'épiploon, logé dans la tunique vaginale et adhérent à l'épididyme, et fermant la communication avec la portion supérieure de la même tunique; l'épiploon occupant cette cavité supérieure, et l'entretenant dans la faculté de recevoir une portion d'intestin; enfin, cette disposition du sac, telle que, ne pouvant pas s'élargir ni descendre davantage par sa portion postérieure, elle a préparé l'anneau membraneux qui a causé l'étranglement. Nous avons annoncé précédemment des hernies à deux et trois sacs successifs, communiquant entr'eux par des collets, et reconnaissables par l'épiploon qui est resté dans ces sacs, et a contracté adhérence avec chacun d'eux; mais nous avons ici le seul exemple que je connaisse de hernie congénitale où la tunique vaginale ait formé ces deux sacs non successifs, mais résultant de l'oblitération que l'épiploon opérait dans le trajet du sac total.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Hernie étranglée par la présence d'une tumeur schirreuse de l'épiploon dans le sac herniaire; accidens suivis de la mort; anatomie des parties.

Pierre Bateau, âgé de quarante ans, charretier, portait depuis un temps indéterminé deux

hernies inguinales, qu'il retenait habituellement par un bandage. Ce moyen lui ayant manqué un jour, il continua ses travaux, et la hernie du côté gauche sortit plus volumineuse que de coutume. Les vomissemens et les hoquets se manifestèrent, et le malade se présenta à l'hôpital le 7 avril au soir, le lendemain de la sortie de la hernie.

La tumeur très-volumineuse, dure et inégale, ne paraissait point serrée par l'anneau ; je faisais aisément passer les matières stercorales et l'air de la hernie dans les intestins du ventre. Cependant les accidens m'inquiétaient, et je soupçonnai un cas extraordinaire : je me décidai donc à opérer le lendemain, 8 avril. Le temps avait été employé jusque-là à faire des applications d'eau à la glace, parce que je soupçonnais un engouement stercoral.

L'incision faite aux tégumens, et le sac ouvert comme de coutume, je découvris une grande quantité d'intestin, chargée d'une tumeur épiploïque squirreuse, du volume du poing. La portion d'intestin voisine de l'anneau laissait aller et venir l'air et les matières qu'elle renfermait ; mais l'intestin était immuable derrière la tumeur.

L'anneau fut incisé ; et, ayant fait soulever la tumeur épiploïque, je réduisis l'intestin avec facilité ; mais il était d'une couleur rouge brune, couvert de concrétions lymphatiques, fort resserré sur lui-même, et douloureux au toucher ; ce qui annonçait un état inflammatoire déjà avancé, et

que les vomissemens et sur-tout le hoquet nous avaient bien annoncé avant l'opération.

J'hésitai pendant quelque temps sur ce que je ferais de la tumeur épiploïque : il aurait été inutile de n'en retrancher qu'une partie, et il aurait fallu lier beaucoup de vaisseaux. Il était encore moins sûr de le retrancher en entier après la ligature des vaisseaux, suivant ma pratique ordinaire : en effet, dans ce cas, les vaisseaux devaient être très-volumineux par le développement de la tumeur squirreuse. L'épiploon lui-même était gros et fort entassé au-dessus de la tumeur : je craignais donc sa forte rétraction et une hémorragie intérieure. Tout bien considéré, et réfléchissant que cette tumeur avait coutume de rester dans le ventre et d'y être retenue par un bandage, je pensai que le plus sûr était de l'y remettre ; j'en fis très-aisément la réduction, et je la portai sur la région iliaque gauche, avec un doigt introduit dans le ventre par l'anneau. Je conviendrai même que je mis peu d'importance au parti à prendre de ce côté, bien persuadé que le malade ne survivrait pas long-temps à l'opération ; l'expérience m'ayant appris que lorsqu'une longue portion du tube intestinal est frappée d'une inflammation violente, la maladie occupe également tout le système abdominal, et ne laisse aucune espérance de succès dans l'opération faite trop tard. Le malade mourut en effet le lendemain de l'opération, et malgré la

saignée et autres secours administrés seulement pour ne pas abandonner le malade ni renoncer au dernier degré de l'espérance.

L'ouverture du corps nous a montré une péritonite universelle, avec épanchement puriforme et concrétions lymphatiques sur toute l'étendue des viscères. La tumeur épiploïque était restée appuyée sur la région iliaque interne; sa présence n'a dû causer aucun dommage, probablement même elle n'en aurait pas plus occasioné qu'autrefois, si le malade eût survécu à sa maladie principale.

Il était sans doute impossible de prévoir la nature particulière de l'obstacle qui s'opposait à la réduction de cette hernie. C'est beaucoup que j'aie reconnu que la réduction facile d'une partie de la tumeur, ou plutôt d'une portion d'air et de matières qui y étaient renfermées, n'empêchait pas qu'il n'existât un étranglement. La cause immédiate ne m'en était pas connue; mais la nature et l'intensité des symptômes l'annonçaient. Le malade cependant a été opéré trop tard. On peut voir dans l'observation huitième, deuxième section du premier mémoire sur les hernies abdominales, p. 74 de ce volume, que j'ai profité de cette nouvelle expérience, et que, dans un cas analogue, l'opération faite de très-bonne heure a sauvé la vie au malade.

L'observation que je viens de rapporter offrait un phénomène bien particulier : chaque fois qu'on

saisissait la tumeur pour tenter de la réduire, il sortait un jet d'urine, et quelquefois deux. Je crus que la tumeur, d'un assez gros volume, contenait une portion de la vessie. L'opération et l'ouverture du corps nous ont prouvé qu'il n'en était rien. Je ne sais ce qui pouvait déterminer cet effet; mais nous en conclurons au moins que la sortie de l'urine, quand on comprime une hernie, ne prouve pas qu'elle contienne une portion de la vessie.

TROISIÈME OBSERVATION.

Hernie formée par l'*S* du côlon renversé sur lui-même, et sorti par l'anneau du côté droit du ventre.

Un homme âgé d'environ trente ans se présenta à l'hospice de l'ancien collége de chirurgie, avec une hernie inguinale du côté droit. La tumeur, oblongue et volumineuse, était souple, point étranglée par l'anneau, mais impossible à réduire. Le malade avait, depuis trois jours, des vomissemens assez fréquens, et le ventre était douloureux. Quoique je fusse alors bien loin d'avoir l'expérience que j'ai acquise aujourd'hui, je me décidai à pratiquer l'opération pour tâcher de découvrir la cause de cet étranglement et de l'obstacle à la réduction. Le sac herniaire ouvert, il ne s'y trouva qu'une portion intestinale faisant anse; à peine était-elle dans l'état d'inflammation: seulement

elle était dilatée, mais ne contenait point de matière. L'anneau fut incisé, quoiqu'il ne parût pas comprimer l'intestin, dont la réduction demeura impossible comme auparavant. Le doigt porté dans la plaie, je ne découvris aucun obstacle intérieur; il fallut nous résoudre à laisser l'intestin au dehors. Les accidens généraux s'aggravèrent; l'intestin lui-même s'enflamma, et je me décidai à y faire une incision qui ne donna issue qu'à de l'air; l'intestin en fut à peine affaissé. Le malade succomba le troisième jour de l'opération, et le sixième de l'issue de la hernie.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes que l'*S* du côlon avait été transportée de gauche à droite, en subissant sur elle-même un pli anguleux, et que son mésentère était assez alongé pour que l'intestin ait pu s'engager dans l'anneau du côté droit.

On conçoit que le pli que le côlon éprouvait était la cause de l'impossibilité de la réduction, en même temps qu'un obstacle absolu au passage des matières stercorales qui, s'accumulant dans toute la portion supérieure du tube intestinal, étaient rendues par le vomissement le plus facile et le plus abondant, jusqu'à ce qu'enfin l'inflammation s'étant emparée des parties, le malade a dû succomber, sans que nous ayons pu soupçonner la cause de tous ces phénomènes désastreux, que nous n'avons reconnus qu'à l'ouverture du cadavre. Il est évident qu'il ne peut résulter de la connaissance

de ce fait aucun avantage pour le cas où il se rencontrerait de nouveau ; lors même qu'on présumerait qu'il existe, il ne serait pas moins impossible d'apporter secours au malade : c'était ce que j'appréhendais pour le malade qui fait le sujet de la neuvième observation de la seconde section de mon premier mémoire sur les hernies (1). Cependant la hernie de Nicolas Duchesne a été réduite avec facilité ; mais il était possible qu'il existât un dérangement propre à empêcher l'écoulement des matières stercorales, et contre lequel l'art eût été sans moyen : et c'est ce que me faisaient appréhender le défaut d'évacuation et l'augmentation de volume du ventre après l'usage de lavemens purgatifs et de boissons laxatives, prescrites le lendemain de l'opération. On a vu que l'événement a été plus favorable, parce que sans doute la disposition intérieure des parties n'y était pas contraire.

QUATRIÈME OBSERVATION

Du même genre que la précédente.

Un de nos professeurs les plus distingués de l'ancien collége de chirurgie a été victime d'un accident de ce genre (2). C'était un homme grand

(1) Page 77 de ce volume.
(2) M. Chopart.

et fort maigre, très-délicat, ayant une poitrine éminemment catarreuse ; il marchait habituellement courbé par un effet de sa faiblesse générale. Un jour, ayant dîné beaucoup, et notamment mangé des pois verts, il sentit des mouvemens de colique qu'il espérait faire cesser par des lavemens ; mais, au contraire, les douleurs ne firent qu'augmenter, et prirent le caractère du *colera morbus*. Les accidens marchèrent avec une précipitation excessive, et le malade succomba après trente-six heures de douleurs que les plus fortes doses d'opium ne purent calmer.

Toute la surface du ventre avait été visitée avec la plus grande attention sans qu'on eût reconnu l'apparence de tumeur herniaire.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes que l'*S* du côlon était renversée sur elle-même et amenée au voisinage de l'anneau du même côté. Cette portion d'intestin ne renfermait aucune matière ; mais elles étaient entassées dans les intestins supérieurs, qui étaient enflammés médiocrement : de telle manière que l'effet visible qui était résulté du renversement du côlon, était beaucoup au-dessous des accidens formidables qui avaient tué le malade.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Tumeur graisseuse, jointe à une hernie antéro-épiploïque.

Louis Boudin, âgé de soixante-quinze ans, portait, depuis cinquante ans, une hernie inguinale du

côté droit, qu'il soutenait irrégulièrement avec un bandage.

Le 28 février 1806, la hernie sortit de nouveau et ne put être réduite par les tentatives accoutumées. Le lendemain, premier mars, la tumeur augmenta considérablement de volume, et le malade se présenta à l'Hôtel-Dieu le quatrième jour du même mois. La tumeur remplissait le scrotum, qui était engorgé et douloureux; il offrait, en plusieurs points, une fluctuation manifeste; il y avait quelques hoquets, point de vomissemens, constipation absolue depuis le jour de la sortie de la hernie, et le ventre, boursouflé, n'était pas douloureux. Je fis des efforts inutiles pour réduire cette hernie; et la faiblesse générale du malade, la petitesse de son pouls ne me permirent pas de recourir à l'opération.

Le lendemain, le pouls se releva, la tumeur parut moins volumineuse, le scrotum plus souple et moins douloureux; je fis quelques tentatives de réduction, et la plus grande partie de la tumeur rentra avec un bruit qui fut entendu de toute l'assemblée. Je prescrivis des lavemens et une potion cordiale, indiquée par l'extrême faiblesse du malade, qui mourut dans la journée.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes une légère inflammation générale du péritoine, avec quelques adhérences anciennes; une tumeur graisseuse, placée hors de l'anneau, tenait à l'épiploon

par un prolongement assez grêle, et, au fond du sac, par un semblable prolongement; elle avait le volume d'un œuf de poule.

On reconnaissait, au-dessus de l'anneau, une anse de l'intestin iléon, dont la couleur rouge décelait qu'il avait formé la hernie, et qui adhérait, par un point, au sac herniaire au-dessus de l'anneau. Le sac était rempli par une sérosité sanguinolente.

Il est évident que la tumeur graisseuse avait fait obstacle à la réduction de la hernie, laquelle réduction ne s'est opérée que par la faiblesse extrême du malade et quelques momens avant sa mort.

SIXIÈME OBSERVATION.

Hernie de la fin de l'iléon et de l'intestin cœcum, dont la réduction a été impossible, et les accidens de l'étranglement ont causé la mort.

Louis-François Cassel, âgé de trente-sept ans, bourrelier, d'un tempérament sanguin et très-vigoureux, eut, il y a neuf ans, une hernie inguinale du côté droit, causée par un effort violent qu'il fit pour lever une voiture. La hernie fut réduite et contenue par un bandage.

Le 21 mai 1810, Cassel, dans un nouvel effort fait en travaillant, cassa son bandage, et sa hernie sortit avec violence et sous un gros volume. Un

chirurgien appelé ne put opérer la réduction. Les symptômes de l'étranglement furent graves dès le lendemain : il y eut hoquets, nausées, vomissemens, constipation opiniâtre, ballonnement du ventre. Ce ne fut que le septième jour qu'on apporta le malade à l'Hôtel-Dieu.

Le ventre était tendu et très-douloureux, surtout à gauche ; le pouls était petit, serré, inégal et fréquent ; la peau sèche et chaude, la figure animée et gripée, les vomissemens fréquens.

On saigna le malade à son arrivée ; il fut plongé dans le bain, et la tumeur couverte d'un cataplasme ; dès ma première visite, et après les plus légères tentatives de réduction, je me décidai à opérer. Cependant la tumeur était souple, elle ne paraissait point étranglée par l'anneau ; mais elle résistait à la réduction, et la gravité des symptômes rendait l'opération urgente, malgré l'incertitude du succès, l'étranglement devant tenir à une cause occulte.

L'ouverture du sac herniaire donna issue à une grande quantité d'eau, et découvrit un intestin facile à reconnaître pour une portion du côlon, par la présence des bandes charnues et les bosses qui appartiennent à cet intestin. Nous fûmes éloignés de l'idée que c'était le cœcum, par l'absence de l'appendice qui aurait dû l'accompagner.

L'anneau étant libre, je tâchai de réduire l'intestin ; mais ce fut en vain. Je débridai l'anneau, et

la réduction n'en devint pas plus facile; je ne pouvais même chasser les gaz ni les matières que l'intestin renfermait. Je pensai alors que ce pouvait être le cœcum, et je me déterminai à le laisser dehors.

Le malade était extrêmement fatigué; sa figure, déjà altérée avant l'opération, l'était beaucoup davantage; la fièvre augmenta dans la journée, et fut accompagnée d'un délire violent. La mort eut lieu le lendemain à six heures du matin.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes la totalité du tube intestinal fortement distendue par l'amas des matières stercorales, qui durait depuis neuf jours; l'inflammation était générale et des plus intenses.

Je reconnus qu'en effet la hernie était formée de l'intestin cœcum et de la portion de l'iléon la plus voisine. L'appendice cœcale répondait en arrière et en haut, cachée par l'intestin principal. La masse des intestins grêles pesait sur le cœcum et sur la région de l'anneau, de manière à empêcher la réduction de la hernie quand elle aurait été possible d'ailleurs; mais il est évident qu'une pareille hernie est impossible à réduire.

En effet, le cœcum ne peut franchir l'anneau du muscle grand oblique qu'accompagné du péritoine, qui le recouvre et lui est fort adhérent, et qui vient former la partie postérieure d'un sac herniaire, dans lequel le cœcum fait bosse sans y être

contenu; tandis que tout autre intestin peut tomber dans le même sac. Or, comme il est notoire que le sac herniaire ne peut jamais être réduit, il s'ensuit que le cœcum lui-même, une fois sorti par l'anneau, ne peut être remis dans le ventre; et certainement je n'aurais fait aucune tentative pour le réduire, si je l'eusse reconnu; mais nous avons observé que l'absence de l'appendice cœcale m'avait fait croire que j'avais sous les yeux une portion du côlon.

On voit maintenant pourquoi l'anneau était libre et n'étranglait pas le cœcum, qui ne contenait que des gaz: c'était dans le ventre qu'était la cause des accidens, qui dépendaient de l'amas des matières stercorales dans toute la longueur des intestins grêles. Leur masse, appuyée sur la région de l'anneau, avait subi des entrelacemens tels que la portion la plus voisine du cœcum était comprimée par les autres circonvolutions, et ne pouvait se débarrasser des matières qui y étaient accumulées. Le cœcum n'était nullement enflammé.

Il est facile de concevoir comment le malade a pu résister pendant neuf jours aux progrès de sa maladie. Elle représentait une hernie étranglée par engouement. Les matières s'y sont amassées par degrés; les vomissemens même y apportaient du soulagement; et ce n'a été que lorsque l'engouement est devenu assez considérable pour produire l'inflammation, que les accidens sont deve-

nus urgens et ont indiqué l'opération, dont l'événement était d'autant plus douteux, que la mollesse et l'insensibilité de la tumeur annonçaient qu'il y avait une cause interne et occulte des accidens.

Il faut placer ce cas au nombre des étranglemens internes, contre lesquels l'art n'a aucune ressource. En effet, comment aurait-on pu soulager le malade, quand même la nature de la hernie aurait été connue dès le principe? Il n'y aurait eu que des lavemens irritans qui, en parvenant dans le cœcum, auraient pu y appeler les matières contenues dans les intestins grêles. Des purgatifs pris par la bouche auraient pu également déterminer les matières à tomber dans le cœcum; reste à savoir si de là elles auraient pu remonter vers l'intestin côlon à travers l'anneau, qui aurait pu causer un étranglement sur le cœcum, qu'il n'avait laissé libre que parce qu'il ne renfermait aucune matière.

Au reste, cette observation est du plus grand intérêt; elle doit être le sujet d'une profonde méditation pour les hommes studieux. Cette méditation fournira peut-être des ressources contre un cas qui ne doit pas être extrêmement rare.

J'ai plusieurs fois rencontré sur des cadavres des hernies cœcales faisant partie de hernies du plus gros volume, dont le sac renfermait une grande quantité d'intestins grêles, tandis que le cœcum répondait, hors du sac, à sa partie postérieure et externe. On conçoit que, dans la forma-

tion et l'accroissement d'une hernie volumineuse, le péritoine, poussé au dehors pour former le sac, entraîne le cœcum, auquel il est continu, et qui doit rester derrière lui; mais des hernies d'un si gros volume éprouvent rarement l'étranglement. Au contraire, chez le malade qui fait le sujet de notre observation, il paraît que le cœcum était descendu seul et par une disposition particulière, puisque le sac qu'il accompagnait ne contenait pas d'autre hernie.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Etranglement produit par l'intromission de l'intestin entre le péritoine et les muscles abdominaux.

Pierre Patene, âgé de vingt-huit ans, vinaigrier, d'un tempérament phlegmatique et d'une humeur triste et craintive, portait une hernie inguinale du côté droit depuis l'âge de huit ans, pour laquelle il n'avait jamais eu de brayer: elle sortait pendant le jour, et avait acquis le volume d'un œuf; mais elle rentrait la nuit sans causer d'autre accident que quelques coliques qui duraient peu.

Le 8 décembre, Patene travaillant à engerber des pièces de vinaigre, sa hernie sortit un peu plus que de coutume, et lui fit éprouver de la douleur; cependant elle rentra pendant la nuit.

Le 9, quand il voulut se lever, sa hernie sortit

de nouveau, le fit beaucoup souffrir, et l'obligea à se coucher pendant le reste du jour.

Le 10 et le 11, le malade ne déclara à personne la cause de son mal; cependant il vomissait et n'allait point à la selle. Ce ne fut que le 12 qu'il se décida à venir à l'Hôtel-Dieu, où il arriva à deux heures après midi.

La tumeur avait le volume du poing; elle était alongée et piriforme, assez dure, point douloureuse, même au toucher; elle semblait avoir un pédicule d'un pouce et demi de long. Le pouls était faible et intermittent.

Les tentatives de réduction furent inutiles; on mit le malade dans un bain; on appliqua des cataplasmes; et, à huit heures du soir, l'impossibilité de réduire la hernie étant la même, on pratiqua l'opération. Le procédé en parut simple: l'anneau ayant été débridé convenablement, l'intestin, qui formait seul la hernie, fut *repoussé au-delà de l'anneau*. Le doigt introduit dans cette ouverture, ne témoigna rien de remarquable.

Je prescrivis des lavemens émolliens répétés d'heure en heure, et la boisson de petit-lait; mais il ne se fit point d'évacuation. Le surlendemain de l'opération, je fis prendre au malade une once d'huile de ricin délayée dans un jaune d'œuf; il n'y eut point de selle: les vomissemens recommencèrent comme avant l'opération; le ventre devint plus douloureux; les hoquets et les vomisse-

mens s'aggravèrent jusqu'au 17 du mois, jour auquel le malade succomba.

A l'ouverture du ventre, je trouvai une péritonité générale avec des adhérences multipliées, des concrétions albumineuses et un épanchement puriforme. La portion d'intestin qui avait été portée au-delà de l'anneau avait été introduite entre le péritoine et les muscles abdominaux au-dessus de cette ouverture. L'introduction du doigt dans le ventre par l'anneau ne faisait rien connaître de cette disposition, qu'on aura même de la peine à concevoir. Mais voici comment je me représente que cela a été effectué.

L'anneau étranglait fortement l'intestin; et le sac herniaire étant ouvert, il est probable que j'ai introduit la tige du bistouri caché entre le péritoine et les muscles. La nécessité de promener cet instrument d'un côté et de l'autre pour s'assurer qu'il n'y a point d'intestin engagé entre lui et les parties à inciser, avant de faire sortir la lame, aura rompu le tissu cellulaire et préparé là un espace capable de recevoir l'intestin.

J'éprouvai en effet une impression extraordinaire lorsque je fis rentrer l'intestin, et je l'ai dépeinte en disant que j'avais *repoussé l'intestin au-delà de l'anneau*. Lorsque l'intestin est réduit convenablement, il ne faut que le presser entre les doigts; il fuit, pour ainsi dire, ou semble se précipiter dans le ventre. Mais comme une dispo-

sition intérieure, tels que le volume des autres intestins, un amas de matières dans la portion la plus voisine de l'anneau, ou toute autre circonstance analogue, peuvent faire varier le mode de la rentrée de l'intestin, j'ai été peu frappé du vice de la réduction; et mon doigt, introduit dans le ventre, ne m'ayant rien témoigné d'extraordinaire, je l'ai crue exacte et régulière.

Ce malheureux événement ne doit pas être perdu pour l'art. Nous en conclurons l'attention avec laquelle il faut introduire l'instrument qui doit servir à agrandir l'anneau, par l'intérieur du sac herniaire, en se dirigeant avec le doigt de l'autre main, et en observant qu'une fois qu'il a pénétré, on doit pouvoir l'enfoncer davantage sans éprouver une résistance notable.

Cette dernière proposition ne peut pas être prise à la lettre; car je suis persuadé qu'une sonde introduite entre le péritoine et les muscles abdominaux n'éprouve pas plus de résistance que celle qui résulterait de la constriction de l'anneau et de la continuité de l'intestin ou de l'épiploon au-delà du contour de cette ouverture.

Ce qui est plus exact, c'est la différence qui doit se trouver entre la réduction réelle de l'intestin, et son interposition dans le tissu cellulaire qui joint le péritoine aux muscles abdominaux; mais quand cette interposition est faite, il n'est plus temps d'y remédier, quand même on la soupçonnerait, en

supposant que rien ne rendrait ce soupçon équivoque.

Concluons donc qu'on ne peut se reprocher une pareille faute, mais qu'elle nous avertit de nous mettre en garde contre un événement de ce genre, et qui tient à l'introduction de l'instrument destiné à l'agrandissement de l'anneau.

L'observation suivante donne l'exemple d'un double sac herniaire disposé dans un autre sens, et également impossible à préjuger.

HUITIÈME OBSERVATION.

Second sac herniaire placé derrière le pubis.

Un homme âgé d'à peu près quarante ans avait depuis long-temps une hernie inguinale du côté gauche, pour laquelle il ne se décida à porter un brayer que lorsqu'elle eut acquis un assez gros volume. Jusque-là il réduisait sa hernie avec plus ou moins d'efforts et de succès, chaque fois que sa sortie lui causait quelque incommodité.

Un jour, à l'occasion d'une marche forcée, la hernie sortit plus grosse que de coutume, et résista aux tentatives de réduction faites par le malade. Il se présenta à l'Hôtel-Dieu le cinquième jour des accidens, et ils étaient assez urgens pour que je ne misse aucun retard à la pratique de l'opération.

Elle fut simple dans tous ses détails, à l'épais-

seur près du sac herniaire, qui devait encore me paraître un fait ordinaire sur une hernie ancienne. L'intestin se trouva seul, et formant une anse dans le sac. Sa couleur rouge était médiocre, et il avait assez de souplesse. L'anneau ayant été agrandi, je procédai à la réduction, qui commença à se faire suivant la marche ordinaire. Comme le volume de la hernie était assez considérable, je ne fus pas surpris d'être obligé d'en poursuivre la dernière portion avec le doigt jusqu'au-delà de l'anneau. Je crus donc la réduction complète.

Le traitement ordinaire suivit l'opération; mais ce fut en vain que je voulus procurer des évacuations. Au contraire, le troisième jour, le hoquet et les vomissemens reparurent; le ventre devint douloureux; la fièvre augmenta en proportion, et le malade mourut le sixième jour après l'opération.

L'ouverture du cadavre nous montra l'engorgement inflammatoire de toute l'étendue du péritoine, et tous les effets qui l'accompagnent. L'intestin réduit avait été porté dans une poche membraneuse placée derrière le pubis; elle communiquait avec le sac herniaire par un collet d'environ huit lignes de diamètre, et représentait avec lui une besace dont la grande poche était en devant, une moindre derrière le pubis, et le collet était appuyé sur la branche horizontale de cet os. L'intestin avait été introduit du sac antérieur dans le postérieur, et était étranglé par le collet de com-

munication plus étroitement qu'il ne l'aurait été par l'anneau du muscle grand oblique.

Il est incontestable que, dans un premier exemple de ce genre, il était impossible de deviner ce qui mettait obstacle au soulagement du malade. Sans doute cette partie postérieure du sac dépendait des efforts souvent répétés pour la réduction de la hernie dans le temps où le malade ne faisait point usage de brayer. Quel que soit le mécanisme par lequel ait eu lieu cette disposition du sac herniaire, on évitera l'inconvénient d'y engager l'intestin en ayant soin de le poursuivre avec le doigt dans la cavité abdominale. Je crois avoir rencontré plusieurs fois une disposition semblable, autant que j'ai pu en juger avec le doigt; ayant soin de l'introduire jusqu'à la partie postérieure du pubis, j'ai senti ou cru sentir, dans deux ou trois cas, une poche semblable à celle que j'ai décrite, et il ne m'arrive plus de pratiquer l'opération de la hernie sans m'assurer si l'intestin est remis dans le ventre, ou n'a pas éprouvé une déviation du genre de celle dont je viens de parler.

IIe SECTION.

Hernies étranglées, dont les accidens et complications ont rendu l'opération infructueuse.

Les accidens inflammatoires causés par l'étranglement des hernies sont quelquefois graves et urgens.

Lorsqu'ils ne marchent pas par eux-mêmes avec autant de promptitude, il arrive souvent que le retard apporté à l'opération par l'indécision du malade, et sur-tout par les objections des assistans et autres gens qui lui portent intérêt, donnent aux accidens le temps de s'aggraver, au point de rendre au moins douteux le succès de l'opération ; mais c'est sur-tout chez les malheureux réduits à se rendre dans nos hôpitaux que ces inconvéniens se manifestent. Ils commencent eux-mêmes à faire les plus grandes tentatives pour réduire leur hernie, sur-tout s'ils sont dans l'habitude d'y réussir ; viennent ensuite des gens de l'art qui, n'ayant pas l'expérience requise pour traiter de pareilles maladies, croient très-important de travailler, au-delà de ce qui convient, à soustraire le malade au besoin de l'opération. On se décide enfin à envoyer le malheureux à l'hôpital, après avoir tourmenté et fatigué sa hernie par des manœuvres indiscrètes, et perdu un temps précieux en tentatives plus douloureuses que l'opération, qui leur aurait sauvé la vie.

Il en résulte que souvent la gangrène s'est emparée des parties, ou que l'inflammation s'est propagée dans toute l'étendue du tube intestinal, ou qu'enfin elle a acquis un tel degré d'intensité, qu'elle résiste aux secours de l'art les mieux indiqués, lors même que la cause de l'étranglement a été levée par l'opération la plus heureuse en elle-même.

Une fâcheuse circonstance encore particulière aux malades qui ont recours aux hôpitaux, est le volume et l'ancienneté de leurs hernies, pour lesquelles le plus communément ils n'ont jamais usé de bandage; ou, ce qui est encore pis, ils en ont employé de mauvais, incapables de contenir leur hernie, et avec lequel ils la garottent plutôt qu'ils ne la contiennent; le plus souvent ne se donnant pas la peine de réduire les parties avant d'appliquer le bandage.

De là viennent les diverses complications du sac herniaire, les anses multipliées d'intestins impossibles ou dangereux à réduire, adhérens entre eux et avec le hac herniaire; les masses épiploïques embarrassantes par leur volume, entassées, épaissies, engorgées ou schirreuses, ou bien adhérentes aux intestins, au sac herniaire, même aux testicules dans les hernies congénitales; et toutes les dégénérations dont le tube intestinal et le mésantère lui-même faisant partie de la hernie, sont susceptibles par l'ancienneté et le mauvais traitement habituel de ces hernies.

Souvent c'est dans l'état d'ivresse, ou après s'être gorgés d'alimens grossiers, que ces malheureux éprouvent la sortie de leur hernie; et à l'engouement des matières surabondantes dans toute la longueur du tube intestinal, et qui surchargent la hernie, se joint l'étranglement inflammatoire, qui devient irremédiable; ou bien enfin dans des cir-

constances tout-à-fait opposées, l'état de vieillesse, de misère et de dénuement total a tellement ruiné l'individu dont la hernie se trouve étranglée, qu'il ne peut pas supporter les évacuations nécessaires après l'opération pour en assurer le succès.

Il n'est donc pas étonnant que nous voyions si souvent périr ces sortes de malades soumis à nos soins. Il l'est bien davantage que nous parvenions encore à en sauver un certain nombre. On a vu des exemples assez intéressans de ces succès dans mon premier mémoire. Dans celui-ci, je vais choisir parmi le grand nombre de mauvais succès ceux qui pourront servir à l'instruction. Elle est nécessaire pour tous les gens de l'art; car les causes qui font obstacle aux succès agissent, pour la plupart, sur les malades dans tous les ordres de la société, quoique nous ayons dit qu'elles appartiennent le plus souvent à la classe indigente.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Hernie intestinale causée par un violent effort, et opérée sans succès dix heures après l'accident.

Nicolas Moulins, âgé de vingt-huit ans, d'une très-forte constitution sanguine, boucher, voulant soulever une moitié de bœuf en la décrochant, sentit une violente douleur dans l'aisne du côté

droit, et il y apparut sur-le-champ une tumeur oblongue de la grosseur du poing. La douleur continua au point d'obliger le blessé à se mettre au lit sur-le-champ. Les vomissemens et le hoquet suivirent presque immédiatement. On attendit quelque temps sans faire secourir le malade, dans l'espérance que les accidens se calmeraient d'eux-mêmes. Un chirurgien appelé auprès du malade vit toute la gravité de son état, et ne fit que quelques légères tentatives de réduction, qu'il vit bien devoir être impossible. Il pratiqua une ample saignée et envoya le malade à l'Hôtel-Dieu. Il était trois heures après midi, et l'accident était arrivé à six heures du matin. Je vis le malade à quatre heures. La tumeur était de la grosseur du poing, extrêmement douloureuse; l'anneau y exerçait une telle constriction, qu'elle était dure comme du fer à son origine, et qu'on ne pouvait pas même penser à tenter la réduction. Le ventre était douloureux au moindre toucher. Les hoquets étaient plus fréquens que les vomissemens. Le malade ne s'était jamais aperçu qu'il eût une disposition à la hernie, et il était évident qu'elle avait été l'effet subit et immédiat de l'effort dont nous avons parlé. Je n'eus pas de peine à décider le malade à l'opération. Il avait déjà les facultés intellectuelles troublées par la violence de la douleur, le visage rouge, le pouls dur et tendu, et la respiration haletante.

L'opération excita beaucoup de douleur, à rai-

son de la sensibilité exaltée du malade, autant que par l'état d'inflammation des parties. Il fallut ouvrir le sac avec grande précaution, tant il était appliqué exactement sur l'intestin. L'incision de l'anneau ne fut pas moins difficile et périlleuse. Il fallut y revenir à plusieurs fois, parce que l'intestin, en se détendant à chaque incision, remplissait l'anneau comme auparavant. Enfin je parvins sans beaucoup de peine à faire la réduction. L'intestin était d'un rouge brun et couvert de quelques concrétions lymphatiques; il formait anse, et n'était point accompagné de l'épiploon.

Le malade éprouva un grand soulagement après la réduction; mais le mauvais état du pouls m'empêcha de prescrire une saignée : il était petit, tendu, vermiculaire, et annonçait un état voisin de la gangrène. Les hoquets continuèrent, et le ventre resta ballonné et douloureux. Je désespérai du malade, et me contentai de lui prescrire un narcotique, pour lui rendre son état plus supportable. Il mourut dans la nuit à deux heures, vingt heures après l'éruption de sa hernie, et onze après l'opération.

A l'examen du corps, nous trouvâmes le ventre excessivement tendu et bleuâtre. Tous les intestins étaient de couleur rouge, adhérens entre eux par l'effet de l'inflammation; une matière albumineuse concrète remplissait tous les intervalles des circonvolutions intestinales. La portion qui avait formé la hernie était noire, affaissée, et semblait

ne plus appartenir au reste. Il n'y avait pas de fluide épanché dans la cavité, ou il y en avait très-peu. Une grande quantité de matière remplissait le tube intestinal ; elle était presque toute fluide.

C'est là l'exemple de l'inflammation la plus vive qui puisse dépendre de l'étranglement d'une hernie. Il faudrait, dans ces cas, opérer aussitôt que la hernie est sortie. Le caractère de cette urgence est bien marqué par la dureté que l'on sent à l'anneau, et qui est accompagnée d'une grande sensibilité. On voit, dans l'observation que je viens de rapporter, que tout était réuni pour former la maladie la plus grave en ce genre. Le sujet était jeune, sanguin, avait la force et l'état de pléthore que procurent les travaux, la nourriture et le genre de vie qui appartiennent à cette classe d'hommes. Un violent effort avait poussé au dehors une hernie à laquelle il est bien probable que le sujet n'avait pas de disposition antécédente. Enfin on a perdu un temps précieux, quoiqu'il fût assez court ; mais j'ai vu plusieurs fois des malades de ce genre succomber aux progrès de l'inflammation, quoique l'opération ait été faite en temps plus opportun.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Hernie antéro-épiploïde, étranglée depuis vingt-quatre heures; opération infructueuse.

Le 24 février an 8, on apporta à l'Hôtel-Dieu Jacques Blampain, cordonnier, âgé de quarante-

quatre ans, qui portait, depuis un temps inconnu, une hernie qui avait successivement acquis un très-gros volume sans avoir jamais été contenue par un bandage, et sans avoir fait éprouver au malade d'accidens notables.

Un effort fait la veille dans un état d'ivresse détermina l'augmentation de volume de la hernie, et les accidens de l'étranglement devinrent imminens dans le cours de la journée.

Le malade visité à l'Hôtel-Dieu vingt-quatre heures après son accident, je reconnus que la tumeur était composée de deux portions distinctes : la première, oblongue, prolongée depuis l'anneau jusqu'au milieu des bourses, semblait formée de l'intestin, et était très-douloureuse. L'autre tumeur était obronde ; elle semblait continue à la première par un rétrécissement notable, et descendait jusqu'au fond du scrotum ; on aurait pu la prendre pour une hydrocèle qui aurait occupé la tunique vaginale du testicule, au-dessous de la hernie. Le malade avait des hoquets, des vomissemens, douleur et tension du ventre. Le pouls était dur et serré, la peau brûlante. La réunion de ces symptômes indiquait l'urgence de l'opération, qui fut faite sur-le-champ.

Les tégumens furent incisés et le sac ouvert dans toute la longueur de la tumeur : sa dissection fut rendue assez facile, parce que je l'attaquai vis-à-vis le rétrécissement dont j'ai parlé. Il sortit

une grande quantité de sérosité ; l'intestin, formant une anse, était d'un rouge brun, et l'épiploon formait, sous un très-gros volume, le prolongement qui existait jusqu'au bas du scrotum. Cette masse épiploïque était échymosée, probablement d'ancienne date, et sa mollesse était cause que cette portion de la tumeur ressemblait à une hydrocèle.

L'anneau du muscle grand oblique ayant été agrandi, je réduisis facilement l'intestin ; mais le volume et l'engorgement de l'épiploon me décidèrent à le retrancher. A cet effet, je l'étendis en largeur pour reconnaître le trajet de ses vaisseaux principaux, à chacun desquels je fis une ligature, en laissant les fils assez longs ; l'épiploon fut retranché avec des ciseaux au niveau des ligatures, et refoulé dans le ventre, mais assujéti par les fils au voisinage de la plaie. Cette opération fut plus longue que difficile. Le malade, pansé à l'ordinaire, fut mis à l'usage des lavemens émolliens, de la boisson de petit-lait, et on appliqua une flanelle sur le ventre.

Le calme succéda immédiatement ; il y eut, dans la soirée, une grande évacuation de matières stercorales, et cependant le ventre resta tendu et douloureux ; le pouls prit le caractère convulsif ; les hoquets ne furent pas long-temps interrompus, et le malade mourut trente heures après l'opération, avec tous les signes d'une péritonite aiguë.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes un

grand épanchement de sérosité purulente; tous les intestins étaient enflammés et réunis entre eux par une matière lympathique concrète qui remplissait les intervalles de leurs circonvolutions. L'épiploon, étendu en largeur, adhérait, par inflammation, aux viscères qu'il couvrait. Il était sorti de sa plaie une assez grande quantité de sang, qui couvrait les intestins du voisinage, mais dont la présence n'avait rien pu ajouter au mauvais état du malade.

On voit, dans cette observation, qu'une hernie fort ancienne, et dont l'anneau était très-grand, a pu cependant être en proie à un étranglement inflammatoire qui a fait assez de progrès, dans l'espace de vingt-quatre heures, pour que l'opération ne fût pas capable de les arrêter et d'empêcher le malade d'y succomber.

Le fait de l'épanchement de sang dans le ventre est une chose remarquable. Je l'ai rencontré plusieurs fois après la résection de l'épiploon et malgré la ligature des vaisseaux. J'en ai conclu la nécessité de ne le réduire que jusqu'à l'entrée de l'anneau du muscle grand oblique, et de ne point négliger les ligatures. Nous reviendrons par la suite sur ce qui regarde cette membrane graisseuse, dans l'opération de la hernie.

TROISIÈME OBSERVATION.

Hernie intestinale par l'anneau du muscle grand oblique, étranglée avec inflammation, opérée tardivement.

Louis Roblot, âgé de quarante ans, manœuvre, vint à l'Hôtel-Dieu le troisième jour d'une hernie étranglée, avec les symptômes d'inflammation, hoquets, vomissemens, douleurs internes La tumeur avait le volume et la forme des cinq doigts réunis; les accidens me parurent urgens, et j'opérai le malade à son arrivée, le 29 janvier 1808. A l'ouverture du sac, il s'échappa une grande quantité de sérosité rougeâtre; l'intestin, formant une anse, était seul; sa couleur était d'un rouge brun, mais il avait encore son élasticité naturelle. Après donc avoir incisé l'anneau, je le réduisis dans le ventre. Lorsqu'il fut rentré, il sortit du ventre, par l'anneau, une assez grande quantité de sérosité pareille à celle que le sac herniaire avait contenue; ce qui indiquait que les viscères du ventre partageaient l'état inflammatoire de celui qui formait la hernie.

La plaie, pansée à l'ordinaire, je prescrivis des demi-lavemens émolliens à prendre d'heure en heure, la boisson de petit-lait, des fomentations émollientes et la diète. Les accidens n'eurent point de rémission; ils se continuèrent pendant les deux jours suivans, malgré l'assiduité des lavemens et

des boissons. Le malade succomba le quatrième jour de l'opération.

L'intérieur du ventre nous présenta une péritonite générale, l'adhérence des intestins entre eux par une matière blanche coagulée, l'épanchement dans le ventre d'un fluide épais, dans lequel nageaient des flocons blanchâtres et puriformes, résultat constant d'une péritonite irremédiable.

Deux jours avaient suffi pour établir la gravité des symptômes, laquelle ne rétrograda pas, malgré l'opération. Mais, dans ce dernier exemple, l'opération n'eut pas le bon effet immédiat dont elle a coutume d'être suivie, lors même que l'événement ne doit pas être favorable.

QUATRIÈME OBSERVATION,

Semblable à la précédente.

Le même jour, Pierre-Jean Compoint, âgé de quarante-quatre ans, et manœuvre comme le précédent, avait sa hernie étranglée depuis quatre jours. Son opération ne différa en rien de la précédente. L'intestin se trouva seul et dans le même état; mais le sujet était d'une très-grande force, et le pouls me permit de faire pratiquer une saignée du bras, et appliquer des sangsues à l'anus après l'opération. Malgré ces secours, l'usage des lavemens, des fomentations et la boisson de petit-

lait, les accidens continuèrent; il ne se fit point d'évacuation. Cet état d'un malaise horrible dura trois jours, le pouls devenant petit, serré et intermittent. Le malade succomba le troisième jour au soir, au milieu des symptômes du hoquet le plus violent et de vomissemens continuels.

L'ouverture du corps nous présenta les mêmes faits observés dans le cas précédent.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Hernie antéro-épiploïque inguinale opérée trop tard.

François Giraud, âgé de dix-huit ans, compagnon sculpteur, faisant un effort pour soulever un fardeau, détermina la sortie volumineuse d'une hernie dont il n'avait jamais eu d'apparence précédemment. La douleur du ventre, les hoquets et les vomissemens suivirent presque immédiatement; cependant on laissa passer vingt-quatre heures sans tenter la réduction. Le second jour, les accidens devinrent formidables, les douleurs du ventre étaient atroces, les hoquets et les vomissemens continuels, lorsqu'on amena ce malade à l'Hôtel-Dieu, le 30 mai 1804. La tumeur descendait dans le scrotum; elle était douloureuse au toucher, très-dure vis-à-vis l'anneau, et la peau était dans l'état d'inflammation. Il aurait été inutile et funeste de faire la moindre tentative de ré-

duction, et je pratiquai l'opération sur-le-champ, espérant même très-peu de ce moyen, mais le regardant comme l'unique ressource que nous pouvions encore tenter pour le soulagement du malade.

L'ouverture du sac herniaire ne fournit point de sérosité, l'inflammation ayant été trop violente pour que cet effet ait eu lieu. L'épiploon se présenta sous un gros volume, mou, de couleur noire, adhérent au fond du sac, et cachant la hernie intestinale. Je coupai cette membrane près de l'anneau, sans qu'il s'en écoulât une goutte de sang, et découvris une assez petite portion d'intestin déjà de couleur noire; cependant l'anneau fut incisé et l'intestin remis dans le ventre, malgré l'incertitude de sa situation.

Le malade mourut quelques heures après l'opération, au milieu des symptômes, qui s'étaient prodigieusement accrus malgré ce secours.

L'ouverture du corps nous présenta l'épiploon couvrant tous les intestins, enflammé dans toute son étendue, et gangréné au voisinage de l'anneau. Tous les viscères étaient couverts de matière gélatineuse concrète, suite de l'inflammation générale du péritoine. La portion d'intestin qui avait formé la hernie était noire et percée de plusieurs trous par lesquels les matières stercorales étaient épanchées dans la capacité abdominale. Le péritoine tapissant la face inférieure du diaphragme

n'était pas exempt de l'inflammation générale.

On voit, par cette observation, que trente-six heures ont suffi pour porter l'état inflammatoire jusqu'à la gangrène. En effet, la hernie, formée en un moment, était d'un gros volume et contenait l'épiploon et l'intestin. La gravité des symptômes dès leur principe, les premières vingt-quatre heures perdues dans une situation aussi urgente, l'atrocité des symptômes au second jour de l'étranglement, et la couleur rouge de la peau, annonçaient assez qu'il était déjà trop tard pour espérer du succès de l'opération. Cependant je me suis reproché d'avoir réduit l'intestin, dont la couleur noire annonçait la gangrène très-prochaine; mais on peut bien assurer que si l'épanchement des matières stercorales dans le ventre a accéléré la mort du malade, il n'aurait pas moins été victime de l'inflammation générale, quand on aurait laissé au dehors et incisé l'intestin, comme son état semblait indiquer de le faire.

SIXIÈME OBSERVATION.

Accidens produits par la contusion des parties.

Maurice Hue, âgé de vingt-un ans, d'une constitution vigoureuse, portait une hernie inguinale du côté droit depuis la plus tendre enfance, et avait toujours fait usage d'un brayer. Plusieurs fois sa

hernie sortie lui causa quelques accidens, tels que des nausées et envies de vomir; mais la situation couchée, l'application des émolliens et des tentatives de réduction faites par le blessé lui-même, avaient triomphé du danger.

Le 18 octobre 1802, Hue étant à balayer, sentit sa hernie s'échapper malgré le bandage, et les accidens ordinaires se manifestèrent aussitôt par le vomissement de ce qu'il avait mangé à déjeûné.

Les tentatives de réduction ne réussirent pas comme de coutume, et les accidens s'aggravèrent au point que le malade se rendit à l'Hôtel-Dieu quatre heures après son accident.

La tumeur était de la grosseur du poing, alongée dans le scrotum, très-resserrée et dure vis-à-vis l'anneau; elle était rénitente et douloureuse.

Je jugeai qu'il ne fallait pas même tenter la réduction, et que l'occasion était favorable pour pratiquer l'opération en temps opportun, sur une hernie impossible à réduire et dont les accidens marchaient rapidement. Le malade ne voulut pas y consentir; il m'objecta qu'il avait déjà réussi plusieurs fois à la faire rentrer en pareil cas; il fallut céder et se contenter de l'application des émolliens. Jusque-là il pouvait n'y avoir pas grand mal: le pouls était assez naturel; le ventre n'était point tendu, et la sortie de la hernie était récente; mais la hernie elle-même, fort ancienne, devait moins souffrir de la constriction de l'anneau.

Le malade passa une nuit très-mauvaise; le matin, les nausées et les hoquets étaient fréquens; le pouls petit, dur et intermittent; le ventre était très-douloureux, et le malade convint qu'il avait passé la nuit à comprimer sa tumeur dans tous les sens pour tâcher de la faire rentrer. Toutes ces circonstances aggravantes me déterminèrent à l'opération, à laquelle le malade se décida à la vue du danger imminent qu'il encourait.

Il sortit, à l'ouverture du sac, une matière noire et visqueuse qui ressemblait au méconium. C'était l'effet de la contusion des parties, opérée par le malade pendant la nuit. Je trouvai en effet une assez grande portion d'intestin flétrie, d'une couleur noire, sans caractère de gangrène, et bien évidemment noire de contusion. Il y avait aussi une grande quantité d'épiploon dans l'état sain. L'anneau fut agrandi, l'intestin fut réduit, parce que je pouvais espérer que la chaleur du ventre, plutôt que tout autre moyen, produirait la résolution de l'échymose. Je fis plusieurs ligatures aux vaisseaux de l'épiploon, dont je retranchai une grande portion, et le reste demeura libre dans la plaie. Il fallut également lier quelques vaisseaux ouverts dans l'incision de la peau, et la plaie fut pansée à l'ordinaire.

L'opération fut immédiatement suivie d'une amélioration générale de l'état du malade; mais les nausées et les hoquets continuaient: un lavement

purgatif ne produisit aucune évacuation. Sur les huit heures du soir, le malade parut assez tranquille; mais ce calme ne fut pas de longue durée: il se manifesta tout-à-coup un surcroît de vives douleurs dans le ventre, qui fut accompagné d'une agitation excessive, et le malade mourut à une heure du matin, trente-quatre heures après la sortie de sa hernie, et quatorze après l'opération.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes une assez grande quantité de sérosité sanguinolente répandue dans le ventre. Un pied de longueur de l'intestin ileum qui avait formé la hernie, était d'une couleur rouge très-foncée, et était percée d'un trou à recevoir un tuyau de plume, quoiqu'il n'y eût pas d'épanchement stercoral dans le ventre. L'intestin contenait une matière noire semblable à celle que nous avions trouvée à l'ouverture du sac. Les autres intestins étaient peu phlogosés et ne contenaient aucune matière stercorale ni solide ni fluide. Nous reconnûmes l'incision faite au pilier interne de l'anneau près de sa réunion avec l'autre pilier, et à un pouce de distance de l'artère épigastrique.

Cette observation offre plusieurs considérations importantes: 1° on voit une hernie qui, quoique habituelle, donne cependant lieu à des accidens graves presque aussitôt après sa sortie, opérée par un effort et malgré la présence d'un bandage. Ces circonstances expliquent la promptitude des acci-

dens plutôt nerveux qu'inflammatoires, et qui ont fait vomir au malade son déjeûner, mangé une heure avant.

Le malade ne s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, quatre heures après la sortie de sa hernie, que lorsqu'il a vu que les tentatives qu'il avait coutume de faire pour sa réduction étaient infructueuses. Ces tentatives ont augmenté l'état d'irritation nerveuse dont nous avons parlé ; et il est à remarquer qu'après avoir rendu son déjeûner, le malade n'a plus vomi, mais a eu des nausées et des hoquets. J'avais le désir de pratiquer l'opération dès ma première visite, tant à cause de ces symptômes nerveux, que par la dureté de la tumeur vis-à-vis l'anneau ; mais nous avons observé que le pouls était naturel, et que par conséquent il n'y avait pas d'état inflammatoire urgent : ce qui me fit consentir à remettre l'opération au lendemain. Le malade a profité de la nuit pour tourmenter sa tumeur par des tentatives de réduction faites sans mesure, et il a dû en résulter la nécessité urgente de faire l'opération le lendemain matin. La tumeur était très-douloureuse ; il n'y avait encore que des hoquets et des nausées, mais le pouls était plus dur et intermittent.

Le sac herniaire contenait une assez grande quantité de matière noirâtre et à demi-fluide. L'intestin, ouvert après la mort, renfermait une matière semblable, et ses parois étaient de couleur

noire, et flétries au point qu'il s'y est fait une crevasse, quoiqu'il n'y eût point d'indice de gangrène produite par l'inflammation. Il est facile de reconnaître, dans cette réunion de faits, que le mauvais état de l'intestin a été le produit de la violente contusion de cet organe par les efforts de réduction long-temps continués et exécutés sans ménagement. Tout le mal s'est borné à l'intestin formant la hernie; l'épiploon même n'en était pas affecté; les intestins du ventre n'étaient aucunement frappés d'inflammation. L'épanchement qui existait dans sa capacité n'était pas de cette matière séreuse et lymphatique qui résulte de l'inflammation du péritoine; c'était un fluide noirâtre et sanguinolent, tel qu'il devait provenir de l'intestin violemment contus, dont le tissu était brisé et qui a répandu dans le sac, dans le ventre et dans sa propre cavité un fluide sanguinolent. La substance de l'intestin devait se trouver dans cet état d'affaissement d'une partie qui a perdu toute son action avec son organisation, et il n'est pas étonnant qu'il se soit trouvé percé d'un trou qui se sera fait soit entre les mains du malade, soit entre celles du chirurgien opérateur. Il est bien remarquable qu'il n'y avait point de matière fécale amassée ni dans l'estomac ni dans le tube intestinal, comme pour ne laisser aucun doute sur la véritable cause des accidens, qu'on ne peut attribuer qu'à la contusion des parties.

J'ai rencontré beaucoup de fois l'intestin échimosé, l'épiploon contenant du sang épanché dans son propre tissu, et quelquefois la sérosité du sac herniaire contenant du sang en caillots à la suite d'efforts inconsidérés faits pour réduire des hernies; mais ces effets n'étaient pas isolés comme dans le cas présent, et l'inflammation qui accompagnait la hernie donnait suffisamment l'explication des accidens qui avaient décidé l'opération ou déterminé son événement.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Accidens produits par la grande quantité d'intestin contenue dans la hernie.

Charles Prévôt, âgé de quarante-six ans, portait depuis plusieurs années une hernie inguinale du côté gauche. Le 12 avril 1808, il ôta le bandage qui servait à la contenir. Le 15 du même mois, voulant atteindre une voiture qui marchait rapidement, il fut obligé, dans sa course, de soutenir sa hernie, qui grossissait beaucoup. Il monta enfin dans la voiture, dans laquelle il fit quatre lieues. Arrivé à Paris, sa hernie était si volumineuse, qu'il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu le même jour à midi. En effet, la hernie remplissait tellement le scrotum, que la verge en était presque effacée.

On fit des tentatives inutiles de réduction. Des

lavemens purgatifs et une application émolliente sur la tumeur parurent calmer les accidens, et la tumeur perdit sensiblement de son volume. Du reste, il n'existait aucun signe d'inflammation ni d'étranglement; le malade n'avait vomi qu'une seule fois, le jour de la sortie de sa hernie.

Dès le lendemain, la tumeur était extrêmement tendue, sur-tout fortement serrée par l'anneau, et déjà douloureuse. Je me décidai à l'opération, par l'impossibilité démontrée de réduire une pareille hernie, plutôt qu'à cause de la gravité des symptômes.

Le volume de la tumeur obligea de faire deux incisions au sac herniaire, dont une en travers sur l'un des côtés de l'incision longitudinale. La quantité de l'intestin sorti était de plusieurs anses, et partagée en deux portions distinctes. L'une, très-enflammée et déjà d'une couleur brune; l'autre, un peu rouge, mais, sans comparaison, moins enflammée que la première. L'anneau ayant été agrandi, ces circonvolutions du tube intestinal furent réduites successivement, non sans beaucoup de difficulté, une nouvelle quantité d'intestin s'échappant hors du ventre à mesure, que l'on réduisait une partie de la hernie. Cependant j'en vins à bout sans que l'intestin malade fût trop maltraité. J'eus même occasion d'observer, dans ce cas et dans d'autres analogues, qu'il y a de l'avantage à réduire l'intestin malade, au risque qu'il s'en échappe

quelques portions saines, sur lesquelles on agit ensuite avec d'autant moins d'inconvénient, qu'elles sont plus en état de supporter les efforts nécessaires à une réduction complète, que la portion qui forme la hernie.

La plaie fut pansée à l'ordinaire, et le malade mis à l'usage des lavemens et de la boisson du petit-lait. Il y eut, le soir, une selle assez copieuse, mais le malade n'éprouva aucun soulagement; les hoquets continuèrent; le pouls devint petit et faible. Le lendemain, la débilité était extrême, le ventre douloureux au moindre toucher, et le malade mourut à huit heures du soir, trente-six heures après l'opération, et soixante heures après la sortie de la hernie.

A l'ouverture du corps, nous vîmes une inflammation générale du péritoine, mais qui avait peu d'intensité. La portion d'intestin la plus malade de celles qui avaient formé la hernie était très-noire et même semblait gangrénée. Le mésantère qui suspendait ces portions intestinales, et qui s'était aussi trouvé dans la hernie, avait plusieurs déchirures de différentes largeurs; ce qui donna l'explication d'un épanchement de sang dont les caillots remplissaient les intervalles des circonvolutions des intestins. Ce sang épanché ne pouvait provenir que des déchirures du mésantère; mais j'ignore quelle pouvait être la cause de ces déchirures, à moins qu'on ne la rapproche de ce qui a pu pro-

duire la couleur noire de l'intestin, qui ne l'était surement pas par la violence d'une inflammation qui n'avait été que légère, mais plutôt par la contusion que les parties avaient éprouvée soit dans les tentatives de réduction, soit dans la course du malade et les secousses que sa hernie avait éprouvées pendant un voyage de quatre lieues en charrette, et la tumeur augmentant sans cesse de volume.

En rapprochant cette observation de la précédente, on voit que, dans celle-ci, la contusion considérable que le malade avait fait subir à sa hernie, a été la cause des accidens qui ont été suivis de la mort; et que, dans cette dernière, les accidens ont été dus principalement au volume prodigieux d'intestin entassé dans la tumeur, à la contusion qu'ils ont subie lorsque le malade soutenait dans ses mains sa hernie, augmentant continuellement de volume, et au tiraillement qui a rompu des vaisseaux dans l'épaisseur du mésentère, lors de l'espèce de tassement par lequel les viscères étaient précipitées hors du ventre.

Je ferai observer qu'il aurait été extrêmement utile au malade qu'on lui eût pratiqué l'opération dès son entrée à l'hôpital, au lieu de ne l'avoir fait que vingt heures plus tard; mais c'est toujours après l'événement qu'on reconnaît ce qu'il y aurait eu de mieux à faire: et l'on conviendra qu'au volume près de la tumeur, il n'y avait chez notre ma-

lade aucun accident qui indiquât la nécessité de l'opération dans ce premier moment. Nous conclurons donc que le volume excessif d'une tumeur herniaire, lorsqu'il est survenu accidentellement, exige l'opération, autant qu'elle est indiquée dès le premier instant d'un violent étranglement inflammatoire.

HUITIÈME OBSERVATION.

Hernie gangrénée avec complications; mort le trente-deuxième jour.

Charles Brevart, âgé de quarante-neuf ans, travaillant dans ses vignes, sentit tout-à-coup une colique si forte, qu'il fut obligé de quitter son travail. Il ne reconnut que le lendemain qu'il avait à l'aine une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, qui lui faisait douleur en y touchant; ayant vomi, suivant son expression, plus de cent fois en deux jours, il appela un chirurgien du village, qui, après avoir essayé en vain la réduction, appliqua des cataplasmes émolliens sur la tumeur. Les accidens allant en augmentant, le malade fut envoyé à l'Hôtel-Dieu le treizième jour de l'accident.

Je n'eus pas de peine à reconnaître, au premier aspect, une hernie tombée en gangrène, dont la peau et le tissu cellulaire environnans étaient déjà frappés de pourriture.

Je me déterminai sur-le-champ à ouvrir la tu-

meur comme un abcès gangréneux, et je ne découvris en effet qu'un tissu cellulaire en pourriture dans le milieu duquel était un ver long de huit pouces. Cependant je reconnus que l'intestin ne devait être que pincé, et la maladie bornée à cette portion qui formait la hernie, puisque le reste du ventre était à peine douloureux; mais il était boursouflé par l'amas des matières stercorales proportionné à quatorze jours de constipation. Il devait aussi y avoir une adhérence intime de l'intestin au contour du sac vis-à-vis l'anneau, auquel je ne touchai point, dans la crainte d'endommager les adhérences qui devaient faire le salut du malade.

Le pouls était petit, nerveux, irrégulier; je prescrivis une boisson d'eau de tamarin et une potion cordiale. Le lendemain, les vomissemens étaient cessés; mais il n'y avait point encore eu de garde-robe: seulement des matières stercorales fluides étaient passées par la plaie, et avaient continué l'infiltration du scrotum, au point qu'il fallut y faire deux incisions qui évacuèrent un vaste foyer putride. Les plaies furent couvertes de décoction de quinquina animée d'eau-de-vie camphrée.

Le troisième jour de l'opération, le malade eut quatre selles copieuses, dans lesquelles il rendit des matières de toutes consistances, et les plus fluides passèrent par la plaie. J'avais eu soin de la tamponner de charpie aux environs de l'anneau,

afin que les matières ne s'infiltrassent plus dans le tissu cellulaire environnant.

Le septième jour de l'opération, presque tout le scrotum et son tissu cellulaire tombèrent en escarre, et les testicules furent à nu; mais la plaie resta détergée.

L'état s'améliora ainsi chaque jour; le quatorzième, le pouls était tranquille; il y avait eu des selles quotidiennes et naturelles; le malade désirait manger, et il lui avait été accordé successivement le quart et la demi-portion. Un nouvel abcès gangréneux se manifesta à la face interne de l'ischion; ce n'était qu'une suite de l'ancienne infiltration gangréneuse : il fut ouvert et se détergea bientôt. Les testicules commençant à se recouvrir, il ne sortit par la plaie que peu de matière fluide, le reste des matières stercorales prenant son cours par l'anus. J'attendais le rétablissement des forces du malade pour le tenir à un régime qui assurât le passage complet des matières par le rectum, suivant ce que l'expérience m'avait enseigné (1), et j'entretenais les selles naturelles par un lavement simple donné chaque jour.

Le premier juillet, vingt-septième jour du traitement, le malade fut pris d'un grand frisson suivi de fièvre, qui se termina en cinq heures par une sueur abondante. La même fièvre se montra trois

---

(1) *Voyez* le premier Mémoire sur les hernies abdominales.

jours de suite à sept heures du soir. Le malade fut mis à l'usage du quinquina. Le 3 juillet, soit par son indiscrétion, soit par l'effet de sa disposition, il eut une indigestion qui fut suivie de vomissemens et d'une diarrhée abondante, qui eût toute entière son issue par la plaie. On y distingua le quinquina et les alimens non digérés. Le pouls devint faible, et la diarrhée n'eut point d'interruption; le malade fut tourmenté de vives coliques. Le pouls devint obscur, tendu et vermiculaire; le ventre était extrêmement douloureux et la face décomposée. Le malade succomba le 5 juillet, à quatre heures du soir, le trente-deuxième jour de l'opération, et le quarante-cinquième de l'accident.

L'ouverture du ventre découvrit une inflammation générale des viscères, ou plutôt du péritoine qui les couvre; des adhérences récentes, excepté aux environs de l'anneau, où elles étaient plus solides, mais avec des intervalles par lesquels les matières stercorales fluides avaient eu la facilité de s'infiltrer depuis la diarrhée abondante et continuelle dont nous avons parlé. En effet, le ventre renfermait une grande quantité d'un fluide séreux, puriforme, de couleur jaunâtre et ayant la fétidité des matières stercorales.

L'observation que nous venons de décrire offre l'exemple d'une hernie étranglée avec inflammation, qui s'est manifestée dès le premier moment de l'issue des parties. Cependant l'intestin n'étant

que pincé dans l'anneau, treize jours se sont écoulés avant la terminaison de l'inflammation par gangrène, et l'un et l'autre étaient bornés à la tumeur. L'infiltration gangréneuse des parties environnantes et du scrotum n'était qu'une complication accessoire qui ajoutait peu à la gravité de la maladie. On a vu qu'en effet la maladie avait pris une marche heureuse. L'espérance de rétablir complétement le cours des matières par l'anus prenait tous les jours de la vraisemblance, le malade allant à la selle, et les fluides seulement s'écoulant par la plaie. Il n'y avait plus qu'à tenir le malade à une diète un peu sévère, pour déterminer les matières à se porter en entier vers l'anus, lorsque l'événement d'une fièvre intermittente et une indigestion bien manifeste produisirent une diarrhée dont la violence et la continuité affaiblirent le malade; tandis que les matières fluides s'échappaient continuellement par la plaie. Il n'est pas étonnant qu'elles se soient en même temps infiltrées dans le ventre, à raison des adhérences incomplètes qui fermaient la communication, et sur-tout de la fluidité et de l'abondance des matières qui se présentaient à l'ouverture.

Cette infiltration des matières stercorales dans le ventre a reporté le malade à l'état d'une hernie gangrénée, dont les matières s'épanchent dans le ventre, et dont nous avons plusieurs exemples intéressans à citer.

Qu'aurait-il fallu faire pour prévenir ce fatal événement? Sans doute il aurait fallu s'y prendre plus tôt pour tenter la guérison de l'anus artificiel, tenir le malade à la diète, qui aurait facilité la cicatrisation de la plaie.

Mais que l'on se représente l'état fâcheux d'un homme qui n'est secouru qu'au treizième jour de l'étranglement de sa hernie, qui a supporté des évacuations stercorales proportionnées à treize jours de constipation, qui a éprouvé la gangrène totale du scrotum et un abcès gangréneux à la région de l'ischion, et l'on concevra que j'ai dû le trouver fort heureux d'échapper aux accidens immédiats de toutes ces complications, et que je pouvais bien remettre à l'époque du rétablissement complet de ses forces, le traitement d'une incommodité qui n'était que secondaire dans l'ensemble des complications graves que le malade avait surmontées dans l'espace de vingt-sept jours.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Hernie gangrénée par les efforts faits pour la réduire; rescision de l'intestin; obstacle intérieur aux évacuations; mort du malade.

Silvain-Antoine Hary, charpentier, âgé de quarante ans, portait depuis vingt ans et contenait avec un bandage une hernie inguinale du côté gauche; se persuadant qu'il était guéri, il négligea

ce secours, et, le 7 mars 1806, sa hernie sortit par un léger effort. Les tentatives ordinaires du malade ne réussirent pas à la faire rentrer. Un homme de l'art y parvint ; mais, faute d'avoir placé immédiatement le bandage, la hernie sortit de nouveau, et l'on ne put obtenir un second succès de réduction. La tumeur était volumineuse, sensible au toucher par suite des efforts qu'on avait exercés sur elle. Le malade avait des coliques très-vives qu'il rapportait à la région épigastrique; il ne put supporter la situation dans le bain, et les tentatives de réduction causaient une douleur qui annonçait déjà une grande inflammation locale. Ce fut dans cet état que le malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu, à huit heures du soir.

Le chirurgien de garde voyant qu'il n'y avait ni hoquets, ni vomissemens, ni douleur du ventre, ne fit d'abord que des tentatives de réduction très-modérées, pratiqua une forte saignée, appliqua des émolliens sur la tumeur, et plaça un traversin sous les jarrets pour relâcher les muscles abdominaux. La nuit fut assez tranquille.

Le lendemain, à ma visite du matin, je reconnus l'état que je viens de décrire; mais la tumeur était excessivement tendue vers l'anneau, la peau de cette région était d'un rouge violet; et, quoiqu'il n'y eût ni hoquets ni vomissemens, je crus que la réduction ne pouvant être essayée de nouveau, il fallait se hâter d'opérer.

L'ouverture du sac découvrit une anse d'intestin de plus d'un pied de longueur, et en contact avec le testicule. Cet intestin était ballonné, d'un rouge noir, annonçant l'effet de la contusion; je crus cependant qu'il conviendrait de le remettre dans le ventre, et je voulus procéder à agrandir l'anneau; mais une première incision ne fit que déterminer le développement de l'intestin. J'incisai de nouveau, ce qui n'empêcha pas l'intestin de crever dans ma main, quoique je le pressasse avec modération. Il s'en échappa une assez grande quantité de sang noir, sans matière fécale: alors je passai un fil dans le mésentère, et retranchai avec des ciseaux l'anse d'intestin qui était sphacelé par échymose. Les deux bouts de l'intestin laissés au dehors, je couvris la plaie d'une simple compresse. Je prescrivis au malade une potion calmante et la boisson de petit-lait.

Le calme se rétablit aussitôt après l'opération; le malade dormit pendant une partie de la nuit. Le lendemain, le pouls était assez développé, le ventre point douloureux, si ce n'est au voisinage de la plaie. Les deux bouts de l'intestin étaient totalement sphacelés, et je les retranchai; puis, portant mon doigt dans leur intérieur, je cherchai à reconnaître la cause qui avait empêché les évacuations; et, n'en reconnaissant pas d'abord, je voulus, mais en vain, introduire une sonde de gomme élastique; je me décidai à inciser l'anneau

plus amplement; et mon doigt pénétrant plus avant, je reconnus au-delà de l'anneau une masse assez dure qui était fortement appliquée et peut-être adhérente au-dessus de l'anneau, et me sembla former un obstacle invincible à la sortie des matières stercorales.

Je fis successivement, pendant les cinq jours suivans, tout ce que je pus m'imaginer, soit pour débarrasser l'intestin de cette compression en cherchant à le tirer au dehors, soit pour faire cesser intérieurement la cause inconnue de l'étranglement. Ces tentatives consistèrent à couper des brides çà et là, et à tirer tantôt sur un bout de l'intestin, tantôt sur l'autre; le tout fut inutile, et je pus à peine faciliter la sortie de quelques vents et un peu de matière liquide.

L'état du malade devint très-fâcheux : à une faiblesse inexprimable succédaient les plus vives douleurs, puis un sentiment de froid universel. Cet état affreux se termina par la mort, le matin du huitième jour de l'opération, et du neuvième de la sortie accidentelle de la hernie.

A l'ouverture du ventre, nous ne trouvâmes pas de trace de péritonite; les intestins étaient médiocrement ballonnés; ceux qui avoisinaient l'anneau adhéraient entre eux et avec le péritoine, probablement par suite de l'ancienneté de la hernie. La masse des intestins grêles pesait sur cet endroit, et formait, par ses replis extraordinaires, l'obstacle

au passage des matières ; tandis que les adhérences s'opposaient à ce que je pusse tirer au dehors une quantité d'intestin capable de dégager les replis. Le bout inférieur de l'intestin sorti était voisin du cœcum, et partageait son immobilité.

L'on voit combien il était impossible de connaître cette disposition interne ou d'y remédier. Cependant il faut convenir que les accidens ont été dus aux efforts inconsidérés faits pour réduire la hernie; efforts qui ont opéré la contusion des parties jusqu'à la gangrène ; et cette observation est en analogie avec la sixième et la septième de ce mémoire, qui nous ont également montré les inconvéniens de la contusion des hernies, sous des modifications différentes. Mais on a pu se convaincre que, dans tous ces cas, la maladie était bornée à l'intestin, qui avait été le siége des manœuvres inconsidérées de réduction.

DIXIÈME OBSERVATION.

Hernie accompagnée du testicule au-dedans de l'anneau ; réduction ; alternatives d'accidens graves et de rémissions des accidens ; mort du malade le seizième jour.

Jean-Louis-Frédéric Laurent, âgé de dix-neuf ans, garçon limonadier, d'une constitution délicate, avait porté, jusqu'à l'âge de seize ans, une hernie accompagnée du testicule, ordinairement placé à la partie supérieure et externe de l'an-

neau. Cette hernie étant toujours réduite avec facilité, Laurent avait toujours cru pouvoir se passer d'un bandage. En effet, depuis l'âge de seize ans jusqu'à dix-neuf il ne vit plus sa hernie, et se crut guéri. A cette dernière époque, la hernie reparut; sa sortie était toujours accompagnée de quelque douleur, mais la réduction facile.

Le 19 janvier 1804, la hernie sortit de nouveau sans cause extraordinaire, et le malade ne réussit point à la réduire : il se déclara de vives douleurs dans le ventre : deux hommes de l'art appelés successivement ne réussirent pas mieux, et ne firent que des efforts modérés, à cause de l'extrême sensibilité de la tumeur. La nuit se passa dans une agitation extrême; il y eut des vomissemens précédés de frissons. Le malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu, le lendemain 10 janvier. Il n'était pas encore dans son lit qu'on parvint, sans grands efforts, à faire rentrer la hernie.

Le malade fut soulagé; mais la douleur ne fut pas entièrement dissipée, et le vomissement continua : le testicule était resté saillant au côté externe de l'anneau. Pendant la nuit suivante le malade fut fatigué par les vomissemens, les hoquets et les coliques les plus vives, jusqu'à la visite du matin. La hernie sortie fut réduite avec facilité; le pouls était fréquent et assez développé.

Le malade est mis dans le bain, et fait usage d'une potion calmante et d'une boisson de petit-lait.

Les 11, 12, 13 et 14, les accidens continuent sans apparition de la hernie; ils deviennent même plus intenses, et les vomissemens donnent des matières stercorales abondantes : le pouls est petit, serré, concentré; l'abdomen tendu et généralement douloureux; la respiration difficile, la soif ardente; la face alongée : les lavemens, les bains, une potion calmante amènent une rémission de tous les symptômes.

Le 15, il y a quelques hoquets; mais les vomissemens et les coliques n'ont lieu que par intervalles; la faiblesse est moindre, et le malade désire manger. On lui administre un lavement purgatif qui amène une selle abondante : la tension et la sensibilité du ventre diminuent; les hoquets sont plus rares, le pouls plus développé; la nuit est plus tranquille, et le malade dort pour la première fois.

Le lendemain 16, le pouls redevient petit, dur et tendu; les vomissemens amènent des stries de sang; une once de sel de glauber, ajoutée à une pinte de petit-lait et pris en détail, ne procure point de selle; mais les vomissemens deviennent plus fréquens.

Le 17, difficulté de respirer, sensibilité excessive du ventre sans beaucoup de tension, le pouls dévoloppé.

Le 18, mieux sensible, pouls presque naturel; point de tension, ni sensibilité du ventre; selles

abondantes, vomissemens rares, hoquets nuls; le malade désire ardemment de manger, et on lui donne deux soupes légères.

Les 19, 20 et 21, rémission tellement marquée, que le malade paraît hors de danger; le pouls est naturel, les selles copieuses et répétées; il n'y a plus de hoquets, seulement quelques vomissemens à des intervalles éloignés, et des coliques assez vives. J'observai que le testicule faisait au-dehors une saillie beaucoup plus considérable que de coutume. Le malade eut permission de prendre quelques alimens.

La nuit du 22 au 23, retour des accidens avec toute leur intensité; pouls petit et fréquent; vomissemens, hoquets continuels, abdomen douloureux et très-ballonné; prostration des forces.

Le 24, affaiblissement total; le pouls est à peine sensible, et le malade succombe au milieu de douleurs atroces et d'un vomissement continuel, le quatorzième jour de la maladie.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes une péritoine générale des plus fortes, et accompagnée d'une abondante suppuration; l'épiploon rouge, épais et adhérent aux intestins; ceux-ci adhérens entre eux, et leurs intervalles remplis de concrétions albumineuses; une grande quantité de liquide jaunâtre et purulent baignait tous les organes.

On reconnaissait pour la hernie une anse intes-

tinale de l'iléon qui avait poussé le péritoine en avant, et contracté adhérence avec lui et les parties environnantes; le testicule, placé derrière l'anneau vers sa partie supérieure et externe, adhérait fortement avec la face de l'anse intestinale qui l'avoisinait : celle-ci, comprimée entre le testicule et la face interne de l'anneau, avait perdu sa forme naturelle, et offrait l'apparence d'un prolongement pris aux dépens de la substance de l'intestin.

Que dire sur une pareille maladie? quelle intelligence humaine peut prévoir une pareille complication? quel art peut espérer d'y remédier? Triste spectateur de ce conflit d'accidens urgens, ou palliés sans que l'on sache pourquoi, je nai pu que suivre les indications obscures qui se sont présentées, et abandonner, pour ainsi dire, le malade au sort qui l'attendait.

C'est une complication bien grave que la présence d'un testicule dans l'anneau qui donne passage à une hernie qu'on ne peut ni contenir par un bandage, ni laisser au-dehors; mais ce cas, au moins, laisserait la ressource d'une opération par laquelle on tenterait de rompre les adhérences du testicule, à défaut de quoi on pratiquerait la castration : mais quand cet organe répond derrière l'anneau, qu'il se montre seulement à cette ouverture, qu'il est impossible de savoir comment et à quels organes il adhère, ni quelle est

la cause qui l'empêche de passer outre : alors notre art est sans moyen ; et, à moins qu'un heureux hasard n'opère un dégagement intérieur, le sort du malade est irrévocable.

Ce mémoire est déjà très-long, et les matériaux semblent se multiplier sans perdre de l'intérêt qu'ils présentent ; j'en veux cependant conserver quelques feuilles aux hernies crurales, si communes chez les femmes, et sur lesquelles j'ai des faits instructifs à faire connaître, sauf à revenir par la suite sur une matière vraiment intarissable.

IIIe SECTION.

Sur les hernies crurales, et leurs complications supérieures aux ressources de l'art et de la nature.

La hernie crurale, chez les femmes, diffère essentiellement de la hernie inguinale, à laquelle les hommes sont le plus sujets. Les symptômes qui les accompagnent ne peuvent point être comparés. L'inflammation qui, dans les hernies inguinales, marche avec tant de promptitude, a une marche lente et uniforme dans les hernies crurales. Cette lenteur en impose sur les inconvéniens à redouter du retard que l'on mettrait à l'opération ; et c'est plutôt d'une manière rationnelle, fondée sur l'expérience, que d'après l'urgence

actuelle des symptômes inflammatoires, qu'on se décide le plus communément, à pratiquer l'opération. Il en résulte que c'est l'expérience que nous devons faire parler ici, et de laquelle on tirera les vérités les plus utiles.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Hernie crurale antéro-épiploïque, étranglée avec inflammation lente; opération infructueuse pratiquée le sixième jour.

Geneviève Julienne, âgée de soixante ans, portait depuis quatre ans une hernie crurale du côté droit, pour laquelle elle ne faisait point usage d'un brayer. Le premier janvier 1804, faisant un effort pour lever un fardeau, Julienne sentit tout à coup sa tumeur augmenter de volume et devenir douloureuse. Bientôt elle éprouva tous les symptômes qui caractérisent une hernie étranglée.

Transportée à l'Hôtel-Dieu le 5 du même mois, nous fîmes des tentatives inutiles de réduction ; la malade fut mise au bain, et on appliqua des émolliens sur la tumeur. Dès le lendemain, le pouls était petit et concentré, le ventre douloureux, et des hoquets fréquens accompagnaient le vomissement. La tumeur avait le volume de la moitié d'un œuf de poule, et était douloureuse au toucher. L'opération fut faite sur-le-champ : elle ne présenta rien de particulier, si ce n'est la difficulté

que j'eus de pénétrer sous l'arcade crurale; il semblait que l'intestin était adhérent au sac vis-à-vis cette constriction, tant elle était considérable. Cependant l'arcade fut incisée, et la réduction de l'intestin assez facile. Il était d'un rouge brun, pincé dans tout son calibre, sans cependant faire une anse; sa rénitence et sa solidité me déterminèrent à en faire la réduction, et elle eut lieu avec les conditions qui excluent l'idée de gangrène ou d'affaissement. Une portion d'épiploon assez large et saine fut laissée dans la plaie et libre, dans l'espérance que le ressort des parties intérieures la retirerait successivement. La plaie fut pansée simplement. Je prescrivis à la malade deux lavemens purgatifs et la boisson de petit-lait.

Le lendemain de l'opération, le pouls était petit et nerveux; les lavemens avaient procuré des selles abondantes; le ventre, détendu, était médiocrement douloureux. Je fis mettre un cataplasme sur la plaie, des fomentations sur le ventre, administrer deux lavemens simples et continuer la boisson de petit-lait.

Le 8, deuxième jour de l'opération, la malade n'avait point évacué; le ventre était dur et douloureux, sur-tout vers la région iliaque droite; le pouls était petit et fréquent; tout annonçait les progrès de l'inflammation. J'insistai sur les émolliens de toute sorte.

Le 9, le pouls était petit et convulsif; la malade

vomit des matières d'apparence stercorale; successivement le ventre devint extrêmement douloureux; la plaie rendit un pus sanieux et fétide; les vomissemens furent fréquens et accompagnés de hoquets; le pouls devint misérable, peu sensible, irrégulier; les extrémités et tout le corps se couvrirent d'une sueur froide; les vomissemens et les hoquets n'eurent plus d'interruption, et la malade succomba le 11 janvier, sixième jour de l'opération et le onzième de l'étranglement de la hernie.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes l'intestin qui avait formé la hernie très-enflammé, noirâtre et comme gangréné. Une phlogose générale occupait toute la superficie du tube intestinal. Il y avait un épanchement purulent abondant dans la partie inférieure de l'abdomen; enfin l'épiploon, adhérent à l'arcade crurale, semblait tirailler l'estomac et l'arc du côlon.

J'ai choisi ce fait parmi beaucoup d'autres, comme contenant une source féconde d'instruction. On voit d'abord une hernie crurale d'une origine ancienne et jamais contenue par un bandage, augmenter de volume subitement et être à l'instant douloureuse. Cependant cinq jours se passent avant que les accidens ne soient assez graves pour déterminer la malade à rechercher des secours efficaces. Ce n'est que le sixième jour que je suis à portée de pratiquer l'opération.

Telle est en effet la marche ordinaire des her-

nies crurales chez les femmes : lorsque l'intestin n'est que pincé sous l'arcade, et quoique la hernie soit nouvelle, l'inflammation qui s'en empare semble vive d'abord ; mais les symptômes se calment, la nature semble s'accoutumer à la constriction des parties ; cependant la marche de l'inflammation devient constante, uniforme et permanente ; les symptômes restent à un degré moyen, mais la maladie s'étend dans tout le système du ventre ; et j'ai observé que c'est au plus tard le sixième jour que l'on peut espérer de faire l'opération avec succès, encore n'y est-on déterminé que par la permanence des symptômes, parmi lesquels la constipation est le plus caractérisé, et non par leur urgence ; mais il ne faut pas attendre ce sixième jour, et l'expérience m'a appris que lorsque la réduction ne s'obtient pas, il est convenable d'opérer dès le troisième jour de l'étranglement.

Il en est de même lorsque la hernie contient un plus grand volume d'intestin, parce qu'alors la hernie existant depuis long-temps, la constriction n'est pas plus forte que sur une hernie récente, dont l'intestin n'est que pincé. C'est le cas de notre malade, dont la hernie existait depuis quatre ans, sans avoir jamais été contenue, lorsqu'un effort particulier a sans doute déterminé l'issue d'un plus gros volume d'intestin, que l'état actuel de l'arcade crurale ne pouvait le comporter sans causer d'étranglement.

Quoique l'opération fût devenue urgente le sixième jour, la malade en a pourtant éprouvé un grand soulagement, puisqu'elle a eu, le jour même, une grande évacuation stercorale, et un relâchement des symptômes généraux. Mais le coup était porté : l'inflammation générale une fois caractérisée dans une aussi grande étendue de parties, ne peut plus rétrograder. Le seul secours dont une pareille malade soit susceptible, a eu son premier effet, et la maladie a repris sa marche irremédiable.

Cependant la même lenteur s'est perpétuée dans la progression des symptômes ; ce qu'on peut attribuer autant à la nature de la maladie qu'aux secours de l'art, qui ont toujours leur effet lors même qu'ils ne triomphent pas de la maladie. La femme a survécu six jours, quoiqu'elle soit bien évidemment morte des progrès de l'inflammation générale des intestins. La portion qui formait la hernie, assez saine au moment de l'opération pour qu'on dût la remettre dans le ventre, était, après la mort, dans un état d'affaissement qui n'était pas encore une gangrène absolue, puisqu'il n'y avait point de crevasse ni d'épanchement stercoral dans l'abdomen ; et l'on peut dire que la malade a succombé plutôt à la permanence qu'à la gravité absolue des symptômes inflammatoires.

Nous avons trouvé, à l'ouverture du corps, la portion de l'épiploon qui était contenue dans la hernie adhérente à l'entrée du sac, vis-à-vis l'ar-

cade crurale, et tendue depuis cet endroit jusqu'à l'estomac et l'intestin côlon, qui en paraissaient tirés en en-bas. Mais on aurait tort d'en conclure qu'il ait été la cause de la continuation des accidens, et que nous ayons eu tort de le laisser dans la plaie. En effet, l'état de tension dans lequel nous l'avons trouvé n'était que l'effet du volume général des intestins enflammés; l'épiploon n'était point étranglé sous l'arcade crurale; et il est plus que probable que s'il n'eût point été adhérent par l'ancienneté de la hernie, il aurait été retiré dans le ventre par l'effet de ce même volume des parties sur lesquelles il était étendu. Nous discuterons dans la suite la conduite à tenir dans les différens états sous lesquels l'épiploon se présente dans les hernies étranglées, et nous verrons que l'abandonner à lui-même lorsqu'il est libre dans l'ouverture qui lui a donné passage, est communément ce qu'il y a de mieux à faire : ce sera le sujet d'un troisième mémoire sur les hernies. D'ailleurs, l'adhérence ancienne de l'épiploon à l'entrée du sac herniaire, empêche de se comporter autrement.

La conclusion générale et importante à tirer de cette observation, est que la hernie crurale, chez les femmes, offre une maladie à part, dont la marche, les symptômes et le traitement diffèrent de ce que présentent les autres espèces de hernies, et je ne pouvais pas rapporter un fait qui montrât plus exactement la vérité de ma proposition.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale étranglée avec inflammation vive; opération faite trop tard.

Il n'y a pas de règle générale qui ne souffre quelques exceptions, et je me hâte de rapporter un exemple de hernie crurale qui semble rentrer dans l'ordre général des hernies par les progrès de son inflammation.

Antoinette Sallé, âgée de quarante-six ans, avait une hernie depuis six mois; elle occupait l'arcade crurale du côté gauche; la malade n'en connaissait pas la cause, et ne la contenait par aucun bandage.

Cette hernie sortit le 8 mars 1810, à midi, sous un très-gros volume, sans doute à l'occasion de quelque effort dont la malade n'a pas su ou voulu rendre compte lorsqu'elle se présenta à l'Hôtel-Dieu, le lendemain de l'accident. Malgré son volume, la tumeur était molle, ce qui fit croire qu'on pourrait la réduire; et elle diminua tout à coup de volume par l'effet des pressions opérées sur elle; mais on ne put parvenir à la faire rentrer totalement.

L'on reçut dans la journée des rapports contradictoires sur l'état précédent de la malade, desquels on ne put conclure qu'un fait, savoir : que la hernie n'était jamais rentrée complétement; mais

il fut impossible de deviner l'époque de l'étranglement.

Le 10, lendemain de l'arrivée de la malade, les accidens inflammatoires parurent urgens, et l'on se décida à pratiquer l'opération (1).

On vit, à l'ouverture de la tumeur, que son volume primitif, et qui avait cédé aux efforts de réduction, dépendait d'un amas considérable de sérosité qui, retenue dans l'intérieur du sac, *s'était infiltrée dans le tissu cellulaire du voisinage par la rupture du sac résultant de ces efforts.*

J'ai peine à concevoir, et je n'ai jamais vu la rupture du sac herniaire contenant plus ou moins d'eau, rupture opérée par les efforts faits sur la hernie; j'avoue que je ne conçois rien à ce récit, ou bien la pression faite par le chirurgien a été si violente, ou si long-temps continuée, qu'elle expliquerait la marche rapide des accidens inflammatoires : on ne dit même pas l'état où l'on a trouvé ce sac herniaire dans l'opération, si l'on y a connu une déchirure qui ait dispensé de le disséquer, ou s'il était affaissé sur une tumeur beaucoup moins grosse que celle qui avait lieu lors de la présence du fluide dans ce sac.

---

(1) Je ne sai par quels motifs on se dispensa de m'appeler à cette opération. Je n'en connais les détails que par un récit fidèle de faits bien ou mal interprétés.

Quoi qu'il en soit, on trouva l'intestin et une portion d'épiploon, dont le volume total était la moindre partie de l'ancienne tumeur. On incisa l'arcade crurale, on réduisit l'intestin, et on laissa l'épiploon au-dehors. L'intestin était d'un rouge très-foncé; mais ses parois étaient épaisses et d'une bonne consistance.

L'opération fut presque immédiatement suivie d'évacuations alvines très-abondantes : cependant les accidens inflammatoires continuèrent, et la malade mourut le lendemain.

A l'ouverture du corps, on trouva une inflammation générale des intestins, une grande quantité de concrétions albumineuses avec épanchement de sérosité. La portion d'intestin qui avait formé la hernie était dans le même état qu'au moment de sa réduction. On ne dit pas si elle était, ou non, d'une grande étendue.

J'ai annoncé cette observation comme un exemple de hernie crurale, étranglée avec inflammation vive; mais on voit de combien il s'en faut qu'on puisse lui attribuer ce caractère. Nous ignorons en effet l'époque où la hernie a été étranglée : elle ne rentrait jamais; par conséquent, l'arcade crurale devait avoir déjà un certain degré de dilatation : la grande quantité d'eau que l'on dit avoir été contenue dans le sac herniaire, et en être sortie par la crevasse de ce sac, dans les tentatives faites pour la réduction, annoncerait une

inflammation assez vive de la hernie ; mais les efforts violens qu'il a fallu faire pour parvenir à la rupture du sac, ont dû causer une grande irritation, et ajouter beaucoup à la cause première de l'inflammation. Le caractère le plus certain de cette vive inflammation est la promptitude avec laquelle la malade a succombé, malgré l'avantage immédiat qu'elle avait retiré de l'opération par les selles abondantes qui avaient suivi presque immédiatement.

Il n'y a pas d'observation sur les hernies qui n'offre un point d'instruction : celle-ci n'est pas la moindre ; je l'abandonne aux réflexions du lecteur studieux, et qui travaille à avancer l'expérience personnelle, si souvent funeste aux malades.

TROISIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale opérée le huitième jour des accidens, et trouvée en gangrène.

La hernie crurale chez les femmes, donnant lieu le plus communément à un étranglement inflammatoire lent dans sa marche, mais permanent, il arrive pourtant très-souvent que la gangrène s'empare de l'intestin qui forme la hernie, tandis que l'inflammation se propage dans le ventre ; et cet événement est encore l'effet du retard que l'on met à la pratique de l'opération,

sous prétexte du peu d'intensité des symptômes inflammatoires.

Jeanne-Henriette André, âgée de trente-six ans, portait une hernie crurale du côté gauche, dont elle éprouva l'étranglement le 2 avril, à l'occasion d'une indigestion. Les premiers accidens furent violens : cependant ils se calmèrent assez pour que la malade ne se décidât à venir à l'Hôtel-Dieu que le 9 avril, et même pour qu'elle y fût reçue dans une salle de médecine, à cause de l'incertitude du caractère de sa maladie. Ce ne fut donc que le jour suivant qu'elle nous fut présentée. La réunion des symptômes d'une hernie étranglée avec inflammation nous détermina à opérer sur-le-champ : l'intestin se trouva en gangrène ; on l'incisa pour procurer l'évacuation des matières ; mais la malade mourut trois heures après l'opération.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes une inflammation générale avec adhérence de toutes les circonvolutions intestinales entre elles. L'intestin qui formait la hernie était gangréné, et ouvert spontanément au lieu de sa constriction par l'arcade crurale, et les matières fécales étaient répandues dans le ventre jusqu'au foie, qui en était couvert.

Voilà, sans contredit, les caractères d'une violente inflammation ; mais elle a été dix jours à produire l'effet qui serait résulté en quarante-huit

heures, ou moins, d'une hernie inguinale étranglée avec vive inflammation : ainsi cette observation confirme le principe général que j'ai établi, et d'après lequel il convient d'opérer une hernie crurale dès le troisième jour, indépendamment de la légèreté apparente des symptômes inflammatoires.

Souvent l'inflammation et la gangrène se bornent à la portion d'intestin qui forme la hernie; mais l'événement étant le même, le principe n'en souffre pas d'altération.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale opérée le sixième jour; gangrène de l'intestin sans inflammation au-delà.

Madelaine Massieu, portait une hernie crurale qui fut étranglée à l'occasion d'un effort, le 30 mars : les accidens parurent faibles dans le principe; ils augmentèrent par degrés jusqu'au 5 avril, jour auquel la malade se présenta à l'Hôtel-Dieu, et l'on se décida à l'opérer le même jour, au moment où les symptômes paraissaient diminués. Cependant l'intestin se trouva gangréné, et on en fit l'ouverture, par laquelle les matières fécales sortirent en abondance. On facilita, les jours suivans, leur issue par le secours d'une sonde de gomme élastique : il sortit même des vents et des

matières par l'anus. Malgré ce succès apparent, les douleurs de ventre continuèrent ; la malade s'amaigrit avec la plus grande vitesse, et mourut le 17 avril, onze jours après l'opération.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes çà et là, entre les circonvolutions du tube intestinal, de petits foyers de suppuration, sans inflammation générale. La portion d'intestin formant la hernie était fortement adhérente au sac, vis-à-vis l'arcade crurale, et était gangrénée dans tout son calibre.

Cette observation montre une hernie crurale dont l'inflammation se bornait à la hernie ; le caractère en a été la faiblesse des symptômes dans le commencement, et leur accroissement successif. Au contraire de ce qui arrive quand l'inflammation s'empare de la totalité du péritoine, il les premiers symptômes sont très-graves alors ; et si leur marche est lente, c'est parce que la nature semble s'accoutumer au premier effet de l'étranglement, qui va pourtant se perpétuer.

Malgré les limites de l'inflammation principale, on voit que la maladie n'a pas laissé que de se propager dans le ventre, et la lenteur des symptômes a été proportionnée à l'intensité de cette propagation; mais le résultat a été le même : seulement ce fait explique comment l'opération réussit, quoiqu'on n'opère quelquefois que le quatrième ou cinquième jour.

Deux choses sont remarquables et particulières au cas dans lequel l'inflammation se borne à la hernie. La première est l'adhérence solide de l'intestin au contour du sac, vis-à-vis l'arcade. Cette adhérence peut dépendre de l'ancienneté de la hernie; mais elle est aussi communément le résultat de l'inflammation lente de l'intestin étranglé. On pourrait la détruire si l'inflammation était récente; mais elle résiste dans le cas contraire.

Le second objet important à considérer est la cessation apparente des accidens au moment où la gangrène s'empare de l'intestin. Cette observation n'est pas nouvelle. Les gens de l'art savent que, quels que soient la nature et le volume de la hernie qui tombe en gangrène, les symptômes éprouvent une rémission notable, mais qui fait place à un état d'affaissement général, qui est l'annonce d'une mort prochaine lorsque l'intestin est d'un gros volume, ou dans toute autre hernie que celle qui nous occupe. Quand, au contraire, il est question d'une hernie crurale à laquelle se bornent et l'inflammation et la gangrène, la rémission des symptômes n'est pas toujours suivie de la mort. Les matières s'amassent dans un foyer, s'infiltrent dans le tissu cellulaire; on ouvre un abcès stercoral et gangréneux; le foyer peut se déterger, les matières prendre leur cours par la plaie, et établir ce qu'on nomme un *anus artificiel*, que l'art doit faciliter ou non, suivant l'observation des

circonstances qui l'accompagnent (1). J'ai plusieurs fois vu présenter à l'Hôtel-Dieu des femmes qui avaient supporté chez elles et sans secours les accidens de hernies crurales étranglées jusqu'à la gangrène, même de la peau qui couvrait le foyer putride. Elles avaient communément le pouls petit, concentré, quelquefois tel qu'il se trouve, annonçant une mort prochaine. Cependant il a suffi souvent de relever les forces de ces malades, pour les rappeler à la vie. Le foyer s'est détergé, et les malades ont guéri spontanément, ou ont conservé l'issue habituelle des matières par la plaie; d'autres fois aussi elles succombent, sur-tout lorsque le foyer ne s'est pas ouvert par la gangrène de la peau, ou lorsqu'il n'a pas été ouvert par art.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale gangrénée, avec infiltration des matières.

Marie-Geneviève Paysan, âgée de quarante-cinq ans, portait une hernie crurale du côté droit depuis six ans. La malade se présenta à l'Hôtel-Dieu le 28 mars, annonçant qu'elle n'éprouvait d'accidens que depuis quatre jours; mais on verra,

---

(1) *Voyez* ce que nous avons dit sur le traitement de l'anus artificiel dans notre premier mémoire sur les hernies abdominales, tome III, page 89 et suivantes.

par l'événement, qu'il devait y avoir beaucoup plus long-temps, et qu'on aura pris pour accidens primitifs ceux qui dépendaient de la gangrène et de l'infiltration des matières.

En effet, quoique la malade témoignât qu'elle avait eu une tumeur sous l'arcade crurale, il n'en restait pas le moindre vestige; la peau n'était point altérée, et l'on n'y apercevait pas de fluctuation. Il n'en était pas de même le long de la crête de l'os des îles et dans la région lombaire. Le tissu cellulaire de ces parties était infiltré, emphysémateux à une grande profondeur, mais sans fluctuation.

Si j'avais été préparé à ce cas, dont je n'avais jamais vu d'exemple, je n'aurais pas hésité à inciser les tégumens de la région crurale; mais j'en fus détourné par leur état sain et l'embonpoint de cette région, et je me persuadai aisément que l'intestin, gangréné à une grande profondeur, communiquait avec le tissu cellulaire éloigné, et non avec celui de la région de l'arcade crurale. On proposa d'inciser vis-à-vis l'infiltration emphysémateuse, et j'y consentis, quoique j'en prévisse l'inutilité, et parce que la malade était aux abois. L'incision laissa sortir des gaz putrides; on voulut la rendre plus profonde, et on rencontra un intestin qui laissa échapper des matières fécales. Cet événement pouvait soulager la malade momentanément; mais elle mourut trois heures après.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes une in-

flammation générale du péritoine et des intestins. Une portion, seulement pincée sous l'arcade crurale, était ouverte par la gangrène. Trois pouces d'intestin au-delà paraissaient plus enflammés que le reste, et étaient de couleur noire. Cependant il n'y avait pas d'épanchement stercoral dans le ventre, et il était évident que la crevasse gangréneuse n'avait communiqué qu'avec le tissu cellulaire autre que celui de l'arcade crurale. Dans le dégât des parties, nous ne reconnûmes pas l'ouverture faite à l'intestin et démontrée par la sortie des matières stercorales au moment de l'incision ; mais il n'y avait pas d'épanchement, apparemment à cause du peu d'étendue de la plaie, ou parce qu'elle aura eu son siége au-dessous de l'étranglement.

J'abandonne cette observation aux réflexions du lecteur instruit par celles qui précèdent.

SIXIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale antéro-épiploïque, étranglée depuis dix jours, trouvée en gangrène ; la malade a survécu sept jours à l'opération.

Elisabeth Marin, âgée de soixante ans, portait une hernie crurale du côté droit depuis deux ans. Il y avait dix jours qu'elle était étranglée quand la malade se présenta à l'Hôtel-Dieu, tourmentée par des hoquets et des vomissemens continuels, avec douleur aiguë dans la cavité abdomi-

nale. La tumeur était grosse comme un œuf de poule, molle, et la peau qui la couvrait, de couleur noire. Je pratiquai l'opération à l'arrivée de la malade, le 10 mai 1804, à neuf heures du soir.

L'ouverture du sac montra d'abord l'épiploon sous un gros volume, épais et gangréné, au point que j'en retranchai ce que je voulus sans qu'il s'écoulât de sang. L'intestin qui en était enveloppé et qui y adhérait était également noir, et j'y fis une grande incision pour faciliter l'écoulement des matières, qui sortirent en grande quantité et d'une fétidité extrême. La malade était dans un état de faiblesse voisin de la mort; le pouls était petit et vermiculaire; elle ne semblait vivre que par les douleurs du ventre, qui provoquaient ses cris.

Je prescrivis une potion cordiale avec addition de vingt gouttes de laudanum, et une boisson vineuse.

La malade ne dormit pas pendant la nuit; mais le ventre devint moins douloureux: les vomissemens et les hoquets cessèrent, une abondante quantité de sérosité stercorale sortit par la plaie, et le pouls s'éleva avec fièvre, mais intermittence fréquente.

Le troisième jour, il y eut un peu de sommeil, nul vomissement; le pouls était petit et obscur, la soif inextinguible, le ventre dur et élevé, les évacuations par la plaie toujours abondantes. Je prescrivis la boisson de petit-lait.

Le quatrième jour, continuation des douleurs abdominales, point de sommeil, évacuation continuelle, le pouls débile. Le petit-lait fut supprimé, et je prescrivis une potion thériacale.

Le cinquième et le sixième, la marche fut la même, mais approchant, par degrés, du terme fatal. La malade mourut dans la nuit.

L'ouverture du corps nous présenta d'abord l'épiploon étendu en largeur et dans l'état sain; il adhérait au sac vis-à-vis l'arcade crurale. L'inflammation occupait seulement le péritoine des intestins grêles jusqu'au duodénum, et la portion voisine de la hernie était presque dans l'état de gangrène; tout le tissu cellulaire des environs de la plaie était infiltré de matières stercorales, sans qu'elles fussent aucunement épanchées dans le ventre.

On reconnaît encore, dans cette observation, la lenteur avec laquelle la gangrène s'empare d'une hernie crurale, et la progression également lente avec laquelle les accidens consécutifs déterminent la mort des malades chez lesquels il ne s'établit pas un anus artificiel permanent.

Indépendamment du résultat que procurent les tentatives faites pour s'assurer si l'anus artificiel doit être ménagé, ou si, au contraire, on peut tendre à sa guérison, tentatives dont j'ai parlé dans mon premier mémoire; indépendamment, dis-je, de ce résultat, il y a des circonstances qui empêchent de faire aucune tentative de ce genre :

c'est l'état de diarrhée et de faiblesse excessive dans lequel tombent quelquefois les malades. Celle dont nous venons de raconter l'histoire n'a cessé de rendre des *sérosités stercorales* (expression remarquable, que je trouve consignée dans mes notes); c'est-à-dire que la malade a eu une diarrhée continuelle depuis le moment de son opération. On se souvient que l'étranglement et la constipation avaient duré pendant dix jours. L'excessive faiblesse résultant de cette diarrhée entretenait le mauvais état du pouls, et il n'y a pas de cordiaux capables de surmonter cette faiblesse radicale dans une femme âgée de soixante ans. La fluidité des matières qui s'écoulaient par la plaie devait déterminer leur infiltration dans le tissu cellulaire, telle que nous l'avons trouvée.

Il est évident que dans les tentatives que l'on a faites pour s'assurer si l'anus artificiel doit ou non être conservé, l'attention de prescrire des alimens dont la nature et la quantité ne produisent pas des matières fécales trop solides et trop abondantes, est contre-balancée par les soins à prendre pour qu'elles n'aient pas trop de fluidité; car, dans ces deux cas extrêmes, elles doivent sortir par la plaie, quand bien même l'intestin aurait conservé assez de capacité pour que des matières de consistance médiocre pussent parcourir la totalité du tube intestinal et être rendues par l'anus (1).

(1) *Voyez* le Mémoire cité, t. III, page 89 et suiv.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale opérée à temps; état général de maladie qui a causé la mort.

Il ne suffit pas d'opérer à temps une hernie crurale, de trouver les parties en bon état, d'obtenir des évacuations convenables; il faut encore que le tempérament et les forces du malade se prêtent à la guérison. Marie Petit a éprouvé l'événement d'une situation contraire. Elle était âgée de soixante-cinq ans, portait une hernie crurale du côté gauche depuis huit ans, et en éprouvait l'étranglement seulement depuis trois jours, lorsqu'elle se présenta à l'Hôtel-Dieu le 13 mars 1804. La tumeur était peu douloureuse, et le ventre légèrement boursouflé; mais les hoquets et les vomissemens continuels me déterminèrent à opérer.

L'opération fut simple: il s'échappa du sac une assez grande quantité de sérosité, effet de l'inflammation déjà avancée des parties étranglées. C'était un assez grand volume d'épiploon couvrant un intestin sorti de presque tout son calibre.

Après avoir incisé l'arcade crurale, l'intestin sain fut remis dans le ventre, et l'épiploon laissé libre dans la plaie.

Dès le lendemain il n'y eut plus de hoquets ni de vomissemens, seulement le ventre était gonflé, et le pouls petit et nerveux. Il n'y avait point eu

d'évacuations, malgré l'usage des lavemens et la boisson de petit-lait.

Le second jour de l'opération, il y eut des évacuations abondantes; le pouls était fébrile et obscur, la langue sèche. On continua le petit-lait et les lavemens.

Les choses continuèrent ainsi; et, dès le cinquième jour, la malade désirant des alimens, obtint des potages, puis le quart de la portion. Le sommeil était assez bon, les évacuations suffisantes, le ventre souple et sans douleur, mais le pouls toujours fébrile ou faible. La malade ayant été évacuée complétement par une potion purgative répétée deux fois, fut un peu plus nourrie que précédemment. J'avais lié et retranché la majeure partie de l'épiploon laissé dans la plaie.

Le douzième jour de l'opération, le sommeil fut troublé et le pouls intermittent; le treizième, la fièvre fut forte, le ventre devint douloureux, la langue sèche et fuligineuse. La malade fut mise à la diète; je lui prescrivis le petit-lait, une limonade minérale et des lavemens. J'apercevais en effet les indices d'une fièvre humorale ou ataxique. Je craignais aussi que la ligature et la résection opérée sur l'épiploon n'eussent excité une nouvelle inflammation; mais l'événement a prouvé qu'il n'en était rien.

Les choses allaient en empirant, lorsque, le dix-septième jour, il se manifesta une tuméfaction de

la jambe et de la cuisse du côté gauche. Le visage était pâle, la langue sèche et fuligineuse, le ventre douloureux et le pouls extrêmement débile. Nous nous retranchâmes sur l'usage des cordiaux, et la malade succomba le dix-huitième jour du traitement.

Nous trouvâmes, à l'ouverture du corps, la vessie urinaire distendue outre mesure par une grande quantité d'urine fétide; au-dessus du rein gauche, une tumeur stéatomateuse, du volume du poing; le rein, du même côté, renfermait beaucoup de pus; la matrice renfermait un polype de la grosseur d'un petit œuf de poule, et était surmontée en dehors d'un squirre fibreux du volume d'une noix.

Pour ce qui est des viscères relatifs à la hernie, nous trouvâmes l'épiploon adhérent vis-à-vis l'arcade crurale, entassé au-dessus, mais parfaitement sain. Nous reconnûmes encore la portion d'intestin qui avait été étranglée; mais elle était saine. Les intestins étaient, pour la plupart, agglutinés entre eux par une matière muqueuse. Il est plus que probable que c'étaient là les restes des concrétions muqueuses qui accompagnent les inflammations du ventre, et dont la disparition totale doit se faire tardivement, lorsque l'inflammation se termine par résolution. En effet, il n'y avait vestige d'inflammation dans aucun point du ventre; seulement le tube intestinal était tendu et boursouflé

par un grand amas de matières muqueuses, comme cela doit avoir lieu dans l'espèce de fièvre à laquelle cette malade a succombé, et dont on ne peut s'empêcher de reconnaître la cause prédisposante et multiple dans les différens désordres que nous ont offerts les autres viscères de l'abdomen (1).

HUITIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale réduite après huit jours d'étranglement inflammatoire, mais dont la réduction a été immédiatement suivie de la mort.

A.... D...., femme âgée de quarante-cinq ans, portait depuis dix ans une hernie crurale du côté droit, et la contenait par un bandage. Malgré ce secours, la hernie s'échappa le 19 mai 1804, et sa sortie fut bientôt accompagnée des symptômes de l'étranglement. Ils furent graves d'abord; le ventre fut douloureux, il y eut hoquets et vomissemens. Un premier chirurgien fit des tentatives inutiles de réduction, et prononça qu'il fallait attendre les ressources de la nature. Les accidens continuèrent

---

(1) Je prie mes lecteurs d'observer que si je ne parle pas de l'ouverture des autres parties des cadavres soumis à notre examen, ce n'est pas que nous négligions jamais d'en faire l'autopsie générale; mais il faut savoir s'arrêter, et je ne fais mention que de ce qui a un rapport direct avec l'objet pour lequel le cadavre a été spécialement anatomisé.

avec assez peu d'urgence pour que la malade les supportât jusqu'au huitième jour. Un nouveau chirurgien trouva la tumeur moins tendue, les hoquets et les vomissemens moins fréquens, le ventre fort élevé, mais presque sans douleur; le pouls était dur et développé, la respiration libre et la voix naturelle. La malade était d'ailleurs d'une forte constitution. Le chirurgien crut devoir tenter la réduction de la hernie; et, après quelques efforts, il réussit subitement à la faire disparaître. La malade mourut une heure après cette réduction.

L'anatomie des parties nous montra les tégumens de la région que la tumeur avait occupée, dans l'état sain, et ne couvrant aucun reste de tumeur; les environs étaient également sains. Nous trouvâmes dans le ventre une inflammation générale du péritoine, et un grand épanchement de matières stercorales provenant de la portion de l'intestin iléum qui avait formé la hernie, et qui, affectée de gangrène, était déchirée en plusieurs endroits. Toute la longueur des intestins grêles était enflammée et également voisine de gangrène.

L'on reconnaît encore, dans cette observation, le temps nécessaire pour qu'une hernie crurale, étranglée avec inflammation, arrive au degré de la maladie qui, le plus souvent, n'est plus susceptible des secours de l'art. On voit aussi que les premiers symptômes ont été graves, et que leur

apparence ne s'est point accrue en raison directe des progrès de la maladie.

Enfin, en rapprochant ce fait de celui de la septième observation, on voit qu'il n'en diffère que parce que la réduction a été faite avant la crevasse de l'intestin, qui sans doute a été déterminée par cette réduction. Il en est résulté l'épanchement des matières stercorales dans le ventre, et la mort beaucoup plus prompte de la malade. Si la tumeur fût restée au dehors, elle n'en aurait pas moins été en gangrène; elle se serait ouverte, peut-être sans altérer la peau, et les matières se seraient épanchées ou infiltrées dans le tissu cellulaire, comme dans le cas auquel nous comparons celui-ci.

Je pense que l'on sera convaincu, particulièrement par cet exemple, que la continuité des accidens d'une pareille hernie ne laisse aucun lieu à l'espérance de la réduire sans opération, et surtout qu'il ne faut pas s'en laisser imposer par la rémission apparente des symptômes, qui est en effet le signe de la gangrène des parties.

Nous rappellerons encore que cette femme était d'une forte complexion; ce qui aurait dû rendre les accidens inflammatoires plus intenses, et n'a pas empêché la lenteur ordinaire de leur marche. Sous ce point de vue, le fait suivant contraste singulièrement avec celui-ci.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale opérée le huitième jour ; état sain des parties ; mort par cause de faiblesse générale.

Marguerite Gauthier, âgée de soixante ans, d'une faible constitution, en proie depuis longtemps à une maladie interne inconnue aux médecins qui la traitaient, vint à l'Hôtel-Dieu, le 23 février 1808, pour une hernie crurale étranglée depuis huit jours. La lenteur des symptômes ne m'en imposa pas, quoiqu'elle fût plus caractérisée que de coutume ; et comme ils avaient été permanens, je me décidai sur-le-champ à l'opération. Elle fut simple : l'intestin était assez gravement enflammé ; mais j'en fis la réduction sans peine. Les évacuations alvines se firent promptement et avec modération. La malade éprouva le plus grand soulagement, et ne se plaignit que d'une extrême faiblesse. Le lendemain, l'état général était satisfaisant, à la faiblesse près ; les évacuations étaient médiocres et suffisantes. On chercha à soutenir les forces avec du vin et une potion appropriée ; mais la malade mourut le troisième jour de l'opération, sans plaintes ni souffrances.

L'examen du cadavre nous montra toute la peau du corps terreuse, noirâtre et écailleuse.

Tous les viscères relatifs à la hernie étaient sains, même la portion intestinale qui avait formé la tumeur.

Le rein gauche était très-volumineux, entouré d'une graisse compacte et lympathique. Sa substance était aussi le siége d'un engorgement lymphatique qui donnait l'apparence du lard. L'intérieur du rein contenait beaucoup de pus, et il y avait dans le bassinet une pierre urinaire d'une forme bizarre et telle qu'elles se trouvent quand elles occupent à la fois les divisions qui vont former le bassinet.

Il n'est pas douteux que cette maladie latente ne fût la cause de l'état de langueur dans lequel cette femme vivait depuis long-temps; et il est malheureux d'avoir à traiter d'une maladie évidente un sujet ruiné par une maladie inconnue.

DIXIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale avec étranglement inflammatoire, opérée le sixième jour; continuation des accidens; mort cinq jours après l'opération.

Marie-Louise Bidot, âgée de quarante-quatre ans, d'une forte constitution, portait depuis un an une hernie crurale qu'elle contenait avec un bandage. Cette hernie s'échappa le 26 octobre 1808, et fut bientôt compliquée d'étranglement inflammatoire. Plusieurs personnes de l'art appelées successivement firent des tentatives inutiles de réduction; on appliqua des cataplasmes émolliens, et ce ne fut que le premier novembre, sixième jour

de l'étranglement, que la malade fut amenée à l'Hôtel-Dieu.

Elle souffrait de très-vives douleurs dans la cavité abdominale ; il y avait des hoquets et des vomissemens fréquens, une grande agitation continuelle. La tumeur, située sous l'arcade crurale du côté droit, était de forme ovalaire, de la grosseur d'un œuf de poule, très-douloureuse au toucher ; elle semblait se continuer sous l'arcade par un pédicule étroit, et la constipation était absolue depuis six jours.

Je n'hésitai pas un moment à pratiquer l'opération, que je pensais déjà être tardive. Le sac ouvert ne laissa point échapper de sérosité, et renfermait une anse intestinale complète ; ses parois étaient d'un rouge brun, mais assez rénitentes pour me déterminer à la réduction. L'arcade crurale fut incisée avec assez de peine, parce que l'intestin y était entassé et plissé ; ce qui formait l'apparence de pédicule dont j'ai parlé, et annonçait une très-forte constriction. Cependant l'intestin fut réduit.

La malade éprouva un grand soulagement ; les hoquets et les vomissemens cessèrent, mais le ventre resta douloureux. Il n'y eut point d'évacuation le lendemain, malgré l'administration de demi-lavemens émolliens d'heure en heure, et la boisson de petit-lait. Le second jour de l'opération, le petit-lait fut aiguisé avec le sulfate de soude, et la

malade évacua assez abondamment; mais le ventre resta douloureux, le pouls petit et tendu. Il y eut encore des évacuations le troisième jour; mais l'agitation de la malade était extrême, le ventre plus douloureux, le pouls petit, faible et précipité; ces accidens s'aggravèrent jusqu'au cinquième jour, auquel la malade succomba.

Nous trouvâmes dans le ventre une abondante quantité de sérosité purulente; tous les intestins, enflammés, étaient adhérens entre eux par la présence d'une matière albumineuse concrète qui remplissait les intervalles de leurs circonvolutions. La portion d'intestin qui avait formé la hernie conservait sa couleur noirâtre, sans gangrène manifeste.

Il faut que le mode d'étranglement inflammatoire que j'ai dit appartenir aux hernies crurales chez les femmes, soit bien constant, pour se montrer aussi caractérisé qu'il l'est dans le sujet de cette observation : une femme dans la force de l'âge et d'une forte constitution, ayant une hernie formée d'une anse complète d'intestin tellement serrée, qu'il semblait former pédicule en dedans de l'arcade crurale; les accidens inflammatoires, caractérisés par les vives douleurs du ventre et de la tumeur; l'opération faite le sixième jour de cet étranglement; le soulagement de la malade, fruit immédiat de l'opération; bientôt après, et malgré les évacuations, renouvellement des symp-

tômes inflammatoires, auxquels cependant la malade résista encore pendant cinq jours; enfin, après le terme de onze jours, les viscères du ventre portant l'empreinte d'une inflammation telle qu'on la trouverait chez un homme mort d'étranglement inflammatoire le troisième ou le quatrième jour de la sortie d'une hernie inguinale.

Je m'arrête dans la narration des faits de ce genre, quoique j'en pusse encore transcrire un grand nombre d'autres; mais ils rentrent dans les observations que je viens de rassembler, et je dois éviter une surabondance qui n'ajouterait rien à la valeur de ce qui est suffisamment prouvé par les observations énoncées sur cet objet.

ONZIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale étranglée avec inflammation, dont les accidens non interrompus se sont terminés par la mort, le dix-septième jour de l'opération.

Anegone Brioutte, femme âgée de quarante ans, portait depuis long-temps une hernie crurale qui ne lui causait aucune incommodité. Le 27 avril 1802, sa hernie sortit plus volumineuse que de coutume, et détermina bientôt des nausées, des vomissemens et la constipation. Le pouls était faible, irrégulier, et le toucher de la tumeur démontrait l'impossibilité de sa réduction; son volume annonçait qu'elle était formée d'intestin et

d'épiploon. Ce ne fut que le septième jour que la malade se présenta à l'Hôtel-Dieu, dans l'état que je viens de dire, et je jugeai l'opération urgente à pratiquer.

Elle fut simple : l'intestin et l'épiploon furent réduits avec facilité après l'incision de l'arcade crurale, et la plaie fut pansée à l'ordinaire.

La malade éprouva le soulagement le plus prompt ; elle alla à la garde-robe dans la journée ; je lui prescrivis des lavemens simples et l'usage du petit-lait. Le lendemain elle reposa bien, n'eut point de douleur ; le ventre n'était pas tuméfié, et il y avait peu d'irrégularité dans le pouls.

Le troisième jour, il y eut plus de douleur ; la malade ne reposa point ; le pouls était faible, et il y avait eu six évacuations copieuses.

Le quatrième jour, les selles, trop abondantes, avaient affaibli la malade.

Le cinquième jour, il y avait des douleurs à la région hypogastrique, qu'on attribua aux règles, qui parurent ce jour-là. Les évacuations étaient moins abondantes et le pouls meilleur.

Les jours suivans se passèrent dans des alternatives de bien et de mal. Quelquefois les selles étaient arrêtées et le ventre devenait douloureux ; plus souvent elles étaient surabondantes, et la faiblesse de la malade était voisine de la mort.

Les urines devenaient alors rares et brûlantes, l'appétit disparaissait ; et la suppuration de la plaie

se tarissant, elle semblait tomber en pourriture.

Le quinzième jour de l'opération, il se manifesta une grande tuméfaction de la jambe et de la cuisse du côté de la hernie; les urines et les selles se supprimèrent; le pouls devint petit et dur; le contour de la plaie était le siége d'une inflammation qui semblait se propager, le long de la crête de l'os des îles, en un foyer sinueux de pus de mauvaise nature.

Dans cette situation fâcheuse, la malade fut témoin et faillit être victime de la violence d'une malade couchée dans la même salle, et qu'on ne savait pas être sujette à des accès de folie. Cette femme se jeta sur plusieurs malades qu'elle mordit, et elle s'approchait de notre malheureuse, lorsqu'on parvint à se rendre maître de ses violences; mais la peur que notre femme avait eue lui avait causé un tel bouleversement, qu'elle mourut deux heures après cet événement.

L'ouverture du cadavre nous montra les restes de l'inflammation générale du péritoine, sur-tout vers la région hypogastrique, qui avait toujours été le siége principal de la douleur. L'intestin iléum était généralement enflammé; mais on voyait que cette inflammation était sur son déclin, et la portion qui avait formé la hernie était encore la moins malade. La plaie était dans un état de gangrène.

On reconnaît, dans cette observation, le double

inconvénient d'une inflammation qui a marché avec lenteur, mais qui n'est pas moins arrivée à son terme funeste, et les suites fâcheuses qu'entraînent les évacuations alvines trop abondantes.

Ce dernier événement est très-fréquent chez les femmes avancées en âge. J'ai souvent vu les évacuations trop abondantes ou trop précipitées déterminer l'affaissement général et la mort. J'ai cru apercevoir que la perte de ressort absolue des parois du ventre chez les femmes vieilles et qui ont eu beaucoup d'enfans, était une des causes de cet affaissement qui résulte des grandes évacuations. Le même effet n'a pas lieu chez les hommes dont les parois du ventre se resserrent ou reviennent sur elles-mêmes à mesure que les évacuations diminuent le volume du tube intestinal. Chez les femmes, au contraire, on voit ces parois obéir à leur poids et tomber sur les viscères du ventre, de manière qu'ils se dessinent à travers ces parois. On fera, de cette observation, le cas que l'on croira qu'elle mérite; mais j'en conclurais l'idée, qu'il convient d'entourer le ventre d'un bandage médiocrement serré, pour rendre aux viscères le soutien que les muscles du ventre devraient leur fournir.

Nous avons souvent parlé du défaut d'évacuations alvines à la suite de l'opération de la hernie; c'est souvent la cause de la mort des malades. Il arrive même quelquefois que l'intestin se trouve

sain dans la hernie, et qu'une cause locale placée au-dessus d'elle, arrêtant le cours des matières, détermine l'inflammation des intestins et la mort. Cette possibilité est commune à toutes les hernies, et ce n'est que parce qu'elle est moindre dans les hernies crurales et chez les femmes, que j'en rapporte ici un exemple où l'obstacle dépendait du rétrécissement de l'intestin formant la hernie.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale, dont l'inflammation résultait de la rétention des matières fécales dépendant de l'épaisseur des parois de l'intestin formant la hernie.

Marguerite Moncin, âgée de quatre-vingt-trois ans, portait habituellement une hernie crurale qu'elle ne contenait pas par un bandage. Cette hernie était étranglée depuis huit jours quand la malade fut présentée à l'Hôtel-Dieu : elle avait des hoquets fréquens et des vomissemens continuels, le ventre extrêmement tuméfié et peu douloureux, la tumeur assez volumineuse et peu sensible.

L'ancienneté des accidens détermina l'opération. A l'ouverture du sac, il sortit une grande quantité de sérosité noirâtre et sanguinolente. Nous trouvâmes dans son intérieur une petite quantité d'épiploon noir plutôt par son échymose que par gangrène. L'intestin, formant hernie de tout son calibre, était fort épais, squirreux et d'une cou-

leur rouge foncée. La réduction se fit cependant avec assez de facilité.

Je prescrivis des demi-lavemens purgatifs et une tisane vineuse, à cause de l'extrême faiblesse de la malade et de son grand âge.

La nuit suivante fut extrêmement troublée par des coliques violentes, des hoquets et des vomissemens continuels; le pouls était petit, faible et serré. L'introduction des lavemens était impossible, et le ventre très-boursouflé.

Le troisième jour, il n'y avait point eu de sommeil, mais un assoupissement continuel, de grandes douleurs de colique et une soif inextinguible. Les hoquets et les vomissemens étaient moindres, la malade ayant eu deux évacuations de matière fluide et de l'odeur la plus fétide. La face était décomposée, la respiration laborieuse, le pouls obscur et d'une extrême faiblesse.

Le quatrième jour, la malade avait eu de copieuses évacuations, mais seulement de matières fluides; il n'y avait plus de vomissemens, mais les hoquets étaient fréquens. La plaie était gangréneuse, la respiration pénible, et la malade mourut le soir.

Nous trouvâmes, à l'ouverture du ventre, le tube intestinal rempli de matières fécales solides jusqu'au lieu de la hernie; là, l'intestin avait ses parois épaisses de six lignes, et sa cavité réduite presque des deux tiers. Cette portion faisait un

angle aigu avec celle qui était au-dessus; celle-ci était noire et presque en gangrène; le reste des intestins supérieurs était généralement enflammé. Les intestins inférieurs contenaient encore beaucoup de matières fluides.

Il est évident que, dans cette observation, les accidens de l'étranglement dépendaient de la diminution du calibre de l'intestin faisant hernie, et de l'angle aigu que cet intestin faisait avec la portion supérieure. L'opération avait favorisé l'évacuation des matières fluides, mais les matières solides étaient restées engouées dans les intestins supérieurs. Il est également probable que l'inaction absolue des parois du ventre avait été un obstacle à l'évacuation de ces matières, qui ne pouvait se faire que par la seule action des parois du tube intestinal, action très-affaiblie par la distension de ces parois et l'accumulation des matières.

Enfin, on a pu observer que l'opération n'a été faite que le neuvième jour de l'étranglement, et que la malade a survécu quatre autres jours; mais cette lenteur n'appartient pas à la cause générale dont nous avons parlé plus haut: elle est commune à toutes les hernies étranglées par engouement.

Je ne saurais abandonner la matière intéressante qui nous occupe, sans comparer le sac des hernies crurales avec celui des hernies inguinales dont nous avons parlé au commencement de ce

mémoire. En effet, la grande épaisseur du sac herniaire est rarement la complication d'une hernie crurale chez les femmes, à moins qu'on ne prenne pour telle l'abondance du tissu cellulaire graisseux qui appartient à la région de l'arcade crurale : mais derrière ce tissu cellulaire le sac est communément si mince, qu'on a peine à le distinguer de l'intestin sur lequel il est collé. J'ai été réduit quelquefois à ne pouvoir ouvrir le péritoine qu'en entamant superficiellement l'intestin sur lequel il était appliqué.

Quand, au contraire, le sac est épais par le développement de sa propre substance, et indépendamment de l'embonpoint qui le couvre, on arrive à le saisir avec les pinces sans approcher de l'intestin, et on l'ouvre sans inconvénient ; mais on est dans l'embarras de distinguer ce sac épaissi, des parois de l'intestin qui pouvaient offrir un aspect semblable. C'est le cas dans lequel se trouvait la malade qui fait le sujet de l'observation suivante. Je ne puis dépeindre l'embarras que l'opération m'a causée, qu'en rapportant l'observation.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Hernie crurale qui a présenté les plus grandes difficultés dans l'opération, dont l'événement a été heureux.

Elisabeth Lelou, âgée de cinquante-quatre ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 9 octobre 1810, ayant

une hernie étranglée. La tumeur était d'un gros volume, particulièrement dû au fort embonpoint de la malade. Cette tumeur s'étendait vis-à-vis l'anneau du muscle grand oblique, et descendait jusqu'au-dessous de l'arcade crurale; de manière qu'à son simple aspect il était impossible de dire si c'était une hernie inguinale, ou une hernie crurale. On ne pouvait pas en juger davantage en touchant la tumeur, dont l'épaisseur des parois ne permettait pas de sentir l'impression des organes qui formaient la hernie. Cependant l'apparence était plus favorable à l'idée d'une hernie inguinale, et n'était contrebalancée que par la rareté de cette espèce de hernie chez les femmes.

Les accidens de l'étranglement étaient graves; les vomissemens étaient de matière fécale depuis vingt-quatre heures, et il y avait trois jours que la malade avait des hoquets et des vomissemens ordinaires. Je pratiquai l'opération dès ma première visite.

Mon premier soin fut de faire une incision cruciale, d'une assez grande étendue pour occuper toute la tumeur, et me mettre à même d'opérer, soit vis-à-vis l'anneau, soit à l'arcade crurale. Je commençai la dissection du tissu cellulaire à la région de l'anneau; mais je m'aperçus bientôt que je découvrais l'aponévrose du muscle grand oblique sans rencontrer la hernie, et je me rejetai sur la région de l'arcade crurale. Le tissu cellu-

laire avait un pouce d'épaisseur; la graisse en était si solide, qu'elle se cassait entre mes pinces, et il me fallut arriver à une si grande profondeur, que j'aurais cru qu'il n'existait pas de hernie, si je n'avais eu égard aux symptômes qui annonçaient son étranglement. Ce ne fut qu'avec beaucoup de peine et de temps que je parvins à mettre à nu une tumeur de couleur brune, et de la grosseur du bout du doigt. Ce devait être le sac herniaire, que j'étais sûr de n'avoir pas encore ouvert : je le saisis avec les pinces et en fis l'ouverture. A l'instant il sortit un fluide grisâtre et noirâtre, qui avait l'odeur de matière fécale, et la tumeur s'affaissa. Je ne doutai pas que ce ne fût l'intestin, sur-tout en considérant la grande épaisseur des parois incisées, et leur solidité. Je cherchai à y introduire une sonde creuse pour évacuer les matières stercorales; mais voyant que je ne pouvais pas y réussir, j'agrandis l'incision, pour y introduire le doigt : je reconnus alors que c'était le sac herniaire, et que l'intestin y était renfermé sous le volume d'une noisette. Il était plissé et entassé sans rien contenir dans sa cavité. L'arcade crurale le serrait à un tel point, que je ne pouvais pas rencontrer le moindre espace pour introduire un instrument propre à inciser cette arcade : je n'y parvins qu'avec une grande difficulté, en me servant d'une sonde cannelée : alors je glissai un bistouri le long de la cannelure, et l'arcade fut incisée

suffisamment pour que je pusse faire rentrer l'intestin en le roulant entre mes doigts.

Les difficultés que je viens de décrire sont très-communes; mais je ne les avais jamais rencontrées portées à un si haut degré : une hernie, grosse en elle-même comme une noisette, formait, par l'effet de l'embonpoint général, une tumeur grosse comme un œuf de poule. Elle occupait tellement les deux régions inguinale et crurale, qu'il était impossible de juger du siége de la hernie : dans la profondeur du pli de l'aine était un sac herniaire, augmenté d'épaisseur par l'ancienneté de la hernie, et renfermant une matière qui avait transsudé de ses parois comme de l'intestin, et avait une couleur et une odeur annonçant la pourriture des parties; enfin l'intestin entassé sous l'arcade, ayant l'apparence d'y adhérer de toutes parts, ou ne laissant qu'à peine un passage propre à recevoir l'extrémité d'une sonde. Voilà sans doute une réunion de circonstances bien propres à déconcerter, même un praticien consommé. J'avoue que j'eus la plus grande peine à mener cette opération à sa fin, et je viens d'en tracer le tableau d'après nature, pour tâcher de transmettre à mes lecteurs tout ce qu'un pareil fait peut donner d'expérience.

Le plus heureux, c'est que la malade ait guéri. Les accidens ont cessé aussitôt après l'opération : la malade a été mise à l'usage des demi-lavemens émolliens, pris d'heure en heure, et de la boisson

de petit-lait : on a fait des fomentations sur le ventre. Au bout de trente-six heures, les évacuations se sont déterminées : on les a sollicitées par des sels purgatifs, joints au petit-lait; elles ont été complètes en trois jours. L'état de la malade a toujours été en s'améliorant. Aujourd'hui, 25 octobre, la plaie marche vers la cicatrice de tous les points de son étendue, et la femme se porte bien. Un objet important dans cette observation est l'épaisseur que le sac herniaire avait contractée, malgré le peu de volume de la hernie. Je crois devoir l'attribuer à la compression que l'arcade crurale opérait sur ce sac, lors même qu'il ne renfermait pas l'intestin, autant qu'au brayer dont la malade faisait usage depuis long-temps. Il n'est pas douteux que ce petit prolongement du péritoine n'ait été dans un état habituel d'inflammation qui ait produit le développement de sa substance : peut-être aussi était-ce la cause de l'humeur dégénérée que ce sac renfermait.

Il est difficile d'attribuer cette dégénération à l'intestin, qui devait être dans un état sain, puisque les accidens ont cédé à l'opération, et que le toucher m'avait fait connaître que l'intestin avait la fermeté qui exclut l'idée de gangrène : sa situation profonde dans le sac et dans le pli de l'aine était telle, qu'il ne me fût pas possible de le voir, et je ne jugeai de son état que par le toucher.

Cependant je fis usage des connaissances que j'ai

développées dans cette section de mon mémoire ; et, considérant que la hernie n'était étranglée que depuis trois jours, et que, dans les hernies crurales, cette époque n'est pas suffisante pour que l'on doive craindre de faire une opération infructueuse, soit par la gangrène de la hernie, soit par la propagation de l'inflammation à toute l'étendue du tube intestinal, j'eus la confiance que l'intestin était sain, et j'en fus convaincu par la solidité qu'il offrit à mes doigts en le réduisant.

Je quitte à regret un travail dont les matériaux sont loin d'être épuisés, et qui m'intéresse autant que je le crois utile. Puissé-je trouver des lecteurs indulgens qui ne pensent qu'à profiter de ce que mon ouvrage contient de bon, et qui forment le désir de le voir continuer! Je le projette moi-même autant que la Providence m'en conservera les facultés.

FIN DU TROISIÈME VOLUME.

TABLE

DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

PREMIER MÉMOIRE SUR LES HERNIES ABDOMINALES.

PREMIÈRE SECTION.

Hernies considérées à l'extérieur, dans leur forme, leur volume et leur situation, page 3
Première observation. Grand écartement de la ligne blanche, par l'effet d'une grossesse, 4
2e observation. Ecartemens et hernies multipliées à la circonférence du ventre, par suite de plusieurs accouchemens, 6
Observation semblable à la précédente, 8
3e obs. Tumeur sur-ombilicale, contenant tous les intestins et un tiers de l'estomac, avec étranglement, 9
4e obs. Hernie ombilicale d'un double volume, traitée par opération, 12
5e obs. Hernie inguinale d'un volume excessif, impossible à contenir par un bandage, dont le malade ne pouvait cependant pas se passer, 15
6e obs. Hernie volumineuse, habituellement sortie, et dont la réduction a été funeste, 17
7e obs. Hernie inguinale, entéro-épiploïque, réduite malgré son ancienneté, les accidens de l'étranglement et la présence d'une masse épiploïque fort dure, 21
8e obs. Hernie accompagnée d'hydrocèle, 22
Equivoque sur le siége véritable d'une hernie, 26
9e obs. Hernies graisseuses, 33
Autres observations de hernies graisseuses, 37
Hernies de naissance, 43
10e observation, *ibid.*
11e obs. Hernie compliquée d'étranglement, réduite avec peine par le taxis; accidens inflammatoires, subsistant après la réduction, et traités avec succès, 45

DEUXIÈME SECTION.

Hernies opérées avec succès, page 48
Première observation. Hernie entéro-épiploïque, inguinale, étranglée depuis six jours, 50
2e obs. Hernie crurale intestinale, étranglée depuis six jours, 53
3e obs. Hernie inguinale, étranglée avec inflammation; guérison due au traitement anti-phlogistique après l'opération, 55
4e obs. Hernie inguinale entérocèle, d'un gros volume, opérée après quinze heures d'étranglement; même traitement que ci-dessus; succès, 58
5e obs. Hernie crurale long-temps méconnue, opérée très-tard; accidens graves; crevasse de l'intestin long-temps après l'opération; guérison, 60
6e obs. Hernie inguinale, intestinale et congénitale, étranglée avec inflammation vive, 65
7e obs. Hernie inguinale, divisée en deux tumeurs; opération laborieuse; accidens graves; guérison, 70
8e obs. Hernie étranglée par une tumeur squirreuse du mésentère, qui a été réduite; guérison difficile; succès, 74
9e obs. Hernie étranglée par la sortie nouvelle d'une longue portion de l'intestin côlon, 77
10e obs. Hernie entérocèle congénitale, compliquée d'étranglement inflammatoire, et opérée avec succès, 84
11e obs. Hernie ombilicale d'un gros volume, et dont les intestins se sont trouvés gangrénés au moment de l'opération, 89
12e obs. Hernie crurale avec gangrène de l'intestin; indication de conserver un anus artificiel; moyen de connaître cette indication, 94
13e obs. Ouverture accidentelle de l'intestin dans l'opération de la hernie; tentatives infructueuses pour guérir l'anus artificiel par la compression, 102
14e obs. Anus contre nature ancien, dont l'intestin était resté près de l'anneau, et dont on a tenté vainement la guérison par la compression. 104
15e obs. Hernie épiploïque avec hydrocèle, 108
Nouvelle observation sur un anévrisme de Pott, 114
Examen des parties après la mort, 122

MÉMOIRE

Sur quelques maladies et vices de conformation du cœur.

Avant-Propos, page 127
Première observation. Etat d'inertie ou de paralysie des quatre parties du cœur, 130
2e. obs. Inflammation du cœur et autres organes de la poitrine et du ventre, déterminée par la violence des passions et les excès dans le régime, 137
3e obs. Inflammation du cœur, du péricarde et du poumon du côté gauche, par suite de débauche, 148
4e obs. Inflammation du cœur, du poumon, du diaphragme et de plusieurs viscères du ventre, par suite d'un refroidissement excessif, 149
5e obs. Inflammation lente du péricarde et du cœur, avec adhérence générale des poumons à la plèvre, 154
6e obs. Ulcère dans l'intérieur des parois du ventricule droit du cœur, 158
7e obs. Illusion sur l'hydropisie du péricarde, 161
8e et 9e obs. du même genre, 164
10e obs. Hydropisie méconnue du péricarde, 168
11e obs. Autre cas d'hydropisie méconnue du péricarde, 170
12e obs. Polype occasioné par un vice de conformation des valvules tricuspides, 172
13e obs. Fausses concrétions polypeuses trouvées dans le ventricule droit du cœur, dilaté outre mesure, 179

MÉMOIRE SUR L'AMPUTATION DES MEMBRES.

Première observation. Amputation de la cuisse, suivie d'effusion de sang et de son infiltration dans le tissu cellulaire, 204
2e obs. Amputation de la cuisse, suivie d'une hémorragie dans le moignon, 207
3e obs. Amputation de la jambe, suivie d'hémorragie interne, 208
4e obs. Amputation suivie de la pourriture du sang infiltré, et de la gangrène du moignon, 210
5e obs. Cas analogue au précédent, 215
6e obs. Amputation de la jambe, suivie d'effusion de sang et de suppuration gangréneuse de la plaie, 221
Amputation de la cuisse, 229

MÉMOIRE

Sur les épanchemens dans la poitrine et l'opération de l'empyème.

PREMIÈRE SECTION.

Epanchement sanguin dans la poitrine, page 239
Première observation. Epanchement sanguin par la blessure de l'artère aorte, 241
2e obs. Epanchement sanguin dans le péricarde, par une plaie du cœur, 244
3e et 4e obs. Epanchemens sanguins dans la poitrine, par la crevasse de tumeurs anévrismales, 245

DEUXIÈME SECTION.

Epanchemens de pus dans la poitrine, dans ses parois, et dans la substance pulmonaire, 250

ARTICLE PREMIER.

Abcès dans le tissu cellulaire de la plèvre, 251
Première observation. Foyer de pus compliqué de la carie des côtes, placé sur la région du cœur, 254
2e obs. Abcès au-devant des vertèbres dorsales, prononçant à leur partie postérieure, 260
3e obs. Abcès au-devant des vertèbres dorsales, prononçant à la région ombilicale, 262
4e obs. Engorgement et suppuration du bras, suivis d'une grande infiltration des matières dans le tissu cellulaire de la poitrine, 265

ARTICLE II.

Des épanchemens de pus dans la poitrine, 268
Observation. Signes illusoires d'un épanchement de pus dans le côté gauche de la poitrine, 271
Observation. Epanchement lymphatique pris pour un épanchement de pus, 274

TROISIÈME SECTION.

Des épanchemens séreux dans la poitrine, 281

Première observation. Hydropisie reconnue dans son principe, et méconnue par la suite, page 284
2e obs. Signes illusoires de l'hydropisie de poitrine, 287
3e obs. Hydropisie de poitrine des deux côtés, arrivée au plus haut degré, 289

QUATRIÈME SECTION.

De l'opération de l'empyème.

ARTICLE PREMIER.

Empyème de pus, 291

ARTICLE SECOND.

Opération de l'empyème pour hydropisie de poitrine, 301
Première observation. Ouverture de la poitrine pour cause d'hydropisie; mort du blessé, *ibid.*
2e obs. Hydropisie de poitrine opérée d'une manière particulière; événement inattendu; non guérison; 309
Corollaires de ce mémoire, 320

SECOND MÉMOIRE SUR LES HERNIES ABDOMINALES.

PREMIÈRE SECTION.

Causes et complications extraordinaires d'étranglement de hernies, 332
Première observation. Hernie à double sac, accompagnée d'une hydrocele de la tunique vaginale, et dont la cause de l'étranglement était dans le ventre; mort du malade; anatomie des parties, *ibid.*
2e obs. Hernie étranglée par la présence d'une tumeur squirreuse de l'épiploon dans le sac herniaire; accidens suivis de la mort; anatomie des parties, 341
3e obs. Hernie formée par l'*S* du côlon renversé sur lui-même, et sorti par l'anneau du côté droit du ventre, 345
4e obs. Du même genre que la précédente, 347
5e obs. Tumeur graisseuse jointe à une hernie entéro-épiploïque, 348
6e obs. Hernie de la fin de l'iléon et de l'intestin cœcum, dont la réduction a été impossible, et les accidens de l'étranglement ont causé la mort, 350

7e obs. Etranglement produit par l'intromission de l'intestin entre le péritoine et les muscles abdominaux, page 355
8e obs. Second sac herniaire placé derrière le pubis, 359

DEUXIÈME SECTION.

Hernies étranglées, dont les accidens et complications ont rendu l'opération infructueuse, 361
Première observation. Hernie intestinale causée par un violent effort, et opérée sans succès dix heures après l'accident, 364
2e obs. Hernie entéro-épiploïque, étranglée depuis vingt-quatre heures; opération infructueuse, 367
3e obs. Hernie intestinale par l'anneau du muscle grand oblique, étranglée avec inflammation, opérée tardivement, 371
4e obs. Semblable à la précédente, 372
5e obs. Hernie entéro-épiploïque inguinale, opérée trop tard, 373
6e obs. Accidens produits par la contusion des parties, 375
7e obs. Accidens produits par la grande quantité d'intestin contenue dans la hernie, 381
8e obs. Hernie gangrénée avec complication; mort le trente-deuxième jour, 385
9e obs. Hernie gangrénée par les efforts faits pour la réduire; rescision de l'intestin; obstacle intérieur aux évacuations; mort du malade; 391
10e obs. Hernie accompagnée du testicule au dedans de l'anneau; réduction; alternatives d'accidens graves et de rémissions des accidens; mort du malade le seizième jour, 394

TROISIÈME SECTION.

Sur les hernies crurales et leurs complications supérieures aux ressources de l'art et de la nature, 399
Première observation. Hernie crurale entéro-épiploïque, étranglée avec inflammation lente; opération infructueuse pratiquée le sixième jour, 400
2e obs. Hernie crurale étranglée avec inflammation vive; opération faite trop tard, 406
3e obs. Hernie crurale opérée le huitième jour des accidens, et trouvée en gangrène, 409
4e obs. Hernie crurale opérée le sixième jour; gangrène de l'intestin sans inflammation au-delà, 411

5e obs. Hernie crurale gangrénée avec infiltration des matières, page 414
6e obs. Hernie crurale entéro-épiploïque, étranglée depuis dix jours, trouvée en gangrène; la malade a survécu sept jours à l'opération, 416
7e obs. Hernie crurale opérée à temps; état général de maladie qui a causé la mort, 420
8e obs. Hernie crurale réduite après huit jours d'étranglement inflammatoire, mais dont la réduction a été immédiatement suivie de la mort, 423
9e obs. Hernie crurale opérée le huitième jour; état sain des parties; mort par cause de faiblesse générale, 426
10e obs. Hernie crurale avec étranglement inflammatoire, opérée le sixième jour; continuation des accidens; mort cinq jours après l'opération, 427
11e obs. Hernie crurale étranglée avec inflammation, dont les accidens non interrompus se sont terminés par la mort, le dix-septième jour de l'opération, 430
12e obs. Hernie crurale, dont l'inflammation résultait de la rétention des matières fécales dépendant de l'épaisseur des parois de l'intestin formant la hernie, 434
13e obs. Hernie crurale qui a présenté les plus grandes difficultés dans l'opération, dont l'événement a été heureux, 437

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

EXPLICATION

DE LA PLANCHE UNIQUE.

Fig. I. Cette figure représente le cœur dans sa forme ordinaire, et ouvert par une incision faite le long du bord épais du ventricule gauche.

a. L'ouverture du ventricule gauche du cœur faite par l'incision de son bord épais, depuis la pointe jusqu'à la base.

b. Les deux colonnes charnues principales de la grande valvule, lesquelles se terminent vers la pointe du cœur, sur l'une et l'autre face du ventricule.

c. La grande valvule, qui cache l'embouchure de l'artère aorte.

d. Le tendon du cœur et la grande communication de l'oreillette avec le ventricule gauche.

Fig. II. Cette figure représente un cœur dont le ventricule gauche a un vice de conformation moyen entre la conformation ordinaire et celle du troisième cœur, qui est le sujet principal de notre étude.

a. L'ouverture du ventricule gauche, faite de la pointe à la base du cœur, le long de son bord épais, comme dans la pièce précédente.

b. Les deux colonnes charnues principales de la grande valvule, se terminant, l'une et l'autre, assez loin de la pointe du cœur, et près l'une de l'autre sur la face postérieure du ventricule.

c. L'ouverture par laquelle l'oreille gauche déposait le sang dans le ventricule; ouverture de plus de moitié moins large que dans le cœur précédent, et placée derrière la valvule, comme si cette valvule était ployée en deux, renfermant le tendon du cœur et la communication de l'oreillette.

d. La valvule moitié moins grande que dans l'état ordinaire, et laissant libre l'embouchure de l'artère aorte et ses trois valvules mitrales.

e. L'intérieur du ventricule gauche dégagé de toutes colonnes charnues appartenant aux valvules, et qui s'y trouvent dans l'ordre ordinaire.

f. Les deux moitiés de la valvule sygmoïde, que l'on coupe nécessairement quand on ouvre le ventricule dans la longueur de son bord épais.

g. h. Les deux autres valvules sygmoïdes entières.

Fig. III. Cette figure représente le cœur du sujet principal, dont le vice de conformation est décrit. Voyez *le mémoire sur les maladies du cœur*, tome III, douzième observation, p. 172 et suiv.

a. L'ouverture du ventricule gauche, faite de la pointe du cœur à sa base, le long de son bord épais, comme ci-dessus.

b. Les deux colonnes charnues principales de la grande valvule, réunies très-loin de la pointe du cœur, sur la face postérieure du ventricule gauche.

c. Entre les deux lignes vers la base du triangle qu'elles forment, la grande valvule, plus étroite que dans les deux cœurs précédens, semblant repliée sur elle-même, enfermant le tendon du cœur ou l'ouverture de communication de l'oreillette avec le ventricule.

d. Entre les deux lignes, à la base du triangle qu'elles représentent, l'ouverture ronde et étroite par laquelle l'oreillette gauche déposait le sang dans le ventricule.

e. Les deux moitiés de la valvule sygmoïde, sur laquelle tombe l'incision faite le long du bord épais du cœur.

f. g. Les deux autres valvules sygmoïdes entières.

h. La cavité du ventricule gauche dépourvue de tout ce qui est relatif à la grande valvule, et laissant libre la communication de l'artère aorte avec le ventricule.

Fig. IV. *a.* L'artère aorte moitié moins grosse que de coutume.

b. c. d. Les artères qui naissent de la crosse de l'aorte.

Fig. V. Forme générale du caillot qui était appliqué dans l'oreillette gauche, sur sa communication avec le ventricule.

Fig. VI. Cette figure est empruntée des *Fasciculi* de Haller, pour montrer la branche artérielle, sujet de la maladie dans la figure suivante (1).

---

(1) Quoique cette figure et la suivante soient sur une planche placée au troisième volume, elles appartiennent au second. Voyez le *Mémoire sur les anévrismes particuliers*, 6e observation, p. 41 et suiv.

a. L'artère tibiale antérieure donnant naissance à la première artère récurrente profonde.
b. La récurrente profonde placée au-dessous du condyle externe du tibia, et se distribuant à toute cette région.
c. Le condyle externe du tibia.
d. Le condyle externe du fémur.

Fig. VII. Cette figure représente le tibia corrodé par l'anévrisme d'une branche de la tibiale antérieure.
a. L'artère tibiale antérieure vue par derrière.
b. La cavité faite par l'érosion du condyle externe du tibia.
c. La surface cartilagineuse, seule conservée.
d. L'enfoncement du ligament inter-osseux, déterminé par l'amas du sang.

FIN DE L'EXPLICATION DE LA PLANCHE.
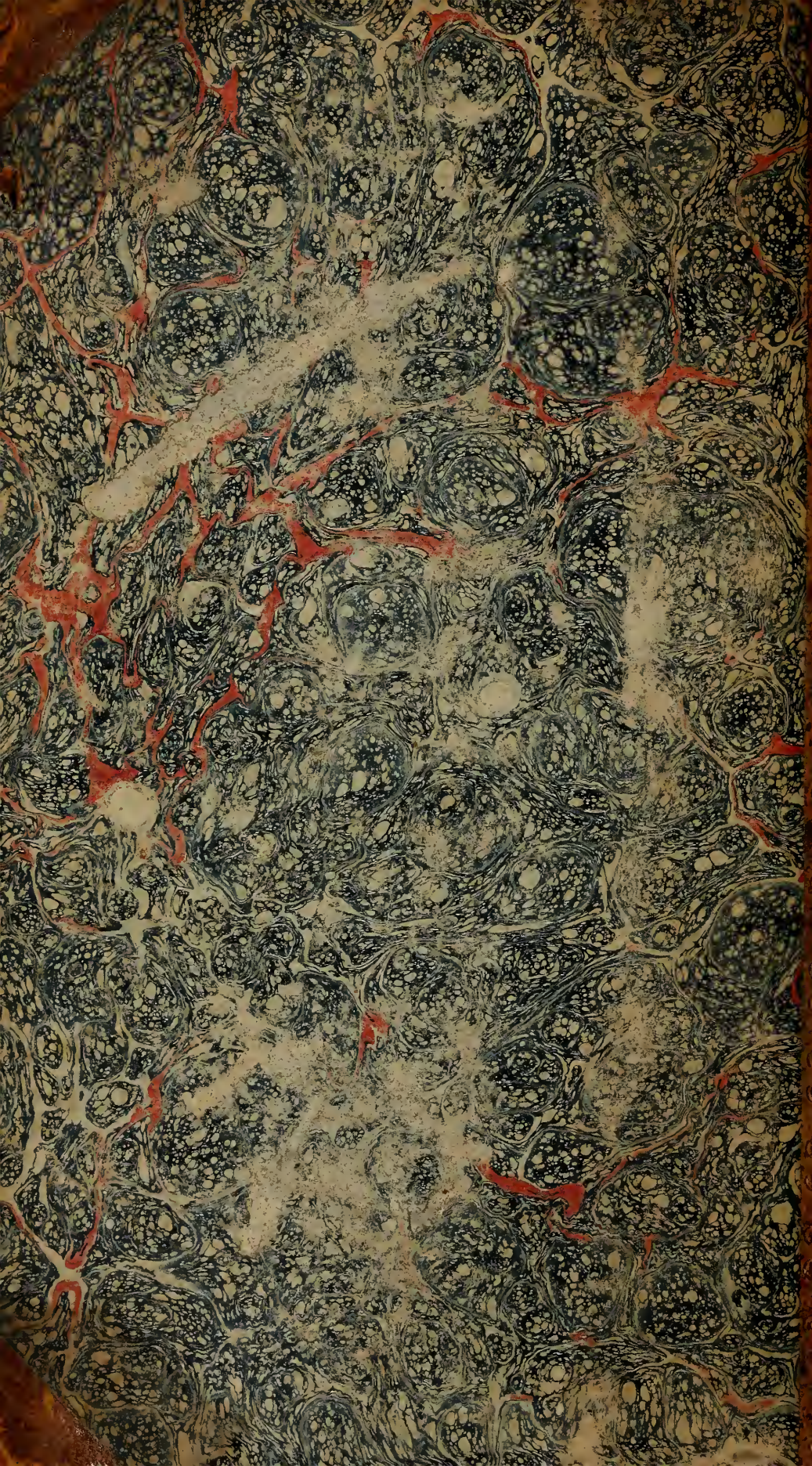
Fig. I.
Fig. II.
Fig. III.
Fig. IV.
Fig. V.
Fig. VI.
Fig. VII.